

Consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis : quel est le besoin des professionnels ?

Travail de Bachelor

Feger Lisa, n° matricule 08506172
et
Perseghini Audrey, n° matricule 10644474

Directeur de TBSc

Reinert Raphaël – Diététicien diplômé HES et chargé d'enseignement HES, Haute école de santé, filière Nutrition et diététique, Genève

Membre du jury

Benoit Martine – Diététicienne responsable, Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne

Genève, juillet 2014

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé de Genève, du Jury ou du Directeur de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

[29.07.2014]

Feger Lisa et Perseghini Audrey

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Un grand merci à Monsieur Raphaël Reinert, diététicien diplômé HES et chargé d'enseignement HES à la HEdS de Genève, notre directeur pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés. Il a su nous aiguiller et nous encourager tout au long du travail.

Merci à Madame Ludivine Soguel Alexander, diététicienne diplômée HES et professeure HES à la HEdS de Genève qui a proposé ce sujet passionnant et qui a su nous conseiller pour mener à bien ce travail.

Merci aux enseignant-e-s des filières, aux praticien-ne-s formateur-trice-s (PF) et aux responsables diététicien-ne-s, de cuisine et référent-e-s de la dysphagie pour leur collaboration et leur investissement dans les différentes étapes du travail.

Merci aux professionnels qui ont participé à notre focus groupe (FG) et qui nous ont donné des pistes pour la réalisation du travail et sensibilisées aux problématiques du terrain.

Merci à tous les participants d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire, sans qui cette étude n'aurait pu exister.

Merci aux professionnels qui ont prétesté notre questionnaire.

Merci à Monsieur Emmanuel Gouabault, socio-anthropologue, enseignant-chercheur à la HES-SO de Genève pour ses précieux conseils quant à la méthodologie des recherches qualitatives.

Merci au personnel du CHUV de Lausanne pour avoir mis à disposition une salle et son matériel pour le déroulement de notre FG.

Merci à tout le personnel de la filière Nutrition et diététique et du Centre de documentation de la Haute école de santé de Genève, pour leurs réponses à nos interrogations et leur aide précieuse dans nos recherches.

Enfin nous tenons à remercier nos proches pour leur soutien tout au long cette belle aventure.

Préambule

Le présent travail s'inscrit dans le cadre du module « Méthodologie de recherche et processus qualité, Travail de Bachelor ». Nous avons eu la liberté de choisir le sujet, ce qui a contribué à notre motivation et à notre investissement tout au long de la réalisation du travail de Bachelor.

La thématique a été proposée par Ludivine Soguel Alexander, diététicienne diplômée HES et professeure HES à la filière Nutrition et diététique. Lors de la préparation des cours sur les textures modifiées (TM) et les liquides épaissis (LE) destinés aux étudiants de la filière, elle a été confrontée à l'absence de références applicables aux pratiques suisses. Il lui a alors semblé pertinent d'explorer cette problématique par le biais d'un travail de Bachelor.

Notre intérêt pour ce sujet est né lors des différents stages effectués durant notre formation pratique. Nous avons été interpellées quant à l'existence de telles disparités d'un établissement à l'autre concernant les pratiques des TM et des LE.

Qu'en est-il des pratiques des TM et des LE dans les établissements médicaux de Suisse romande ? Les professionnels travaillant avec les TM et les LE éprouvent-ils le besoin d'une uniformisation ?

La thématique de ce travail nous a amenées à une approche interdisciplinaire, ce qui a permis d'apporter une vision globale de la problématique et de tenir compte des réalités de chacun. Nous avons eu énormément de plaisir à échanger et collaborer avec les différents professionnels du terrain et espérons vivement que ce travail aboutira à une évolution des pratiques des TM et des LE et parallèlement de la prise en charge de la dysphagie.

Bonne lecture !

Résumé

Introduction

L'alimentation sous forme de textures modifiées (TM) et de liquides épaissis (LE) est reconnue comme le traitement de choix dans la prise en charge de la dysphagie. Or, la terminologie, le nombre et les caractéristiques des TM et des LE diffèrent d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre. Le consensus australien sur le TM et les LE a mis en évidence qu'une terminologie et des définitions uniformes permettaient d'améliorer la sécurité du patient, l'efficacité et la précision dans la communication interprofessionnelle. Plusieurs pays ont établi des consensus sur les TM et les LE dans le but d'unifier les pratiques. En Suisse, il n'existe pas de consensus et aucune étude ne renseigne sur les pratiques des professionnels face aux TM et LE.

Buts

Etablir une synthèse des pratiques des TM et des LE en Suisse romande.
Définir le besoin des professionnels d'un consensus romand sur les TM et les LE.

Méthode

46 établissements médicaux ont été sélectionnés à partir de la liste des praticien-ne-s formateur-trice-s de la filière romande de Nutrition et diététique afin de récolter des protocoles, des fiches techniques ou autres documents de référence sur les TM et LE. 3 filières de formation dispensant des cours sur les TM et les LE ou la prise en charge de la dysphagie ont été incluses afin de comparer les références utilisées pour l'élaboration des cours. Ces documents ont permis d'établir la synthèse des pratiques des TM et des LE en Suisse romande.

Un focus groupe a été organisé avec 6 professionnels spécialisés dans les TM et les LE afin d'affiner les variables du questionnaire visant à compléter la synthèse des pratiques des TM et LE et à définir le besoin du consensus des professionnels.

Le lien url du questionnaire a été transmis à 121 professionnels (diététicien-ne-s, référent-e-s de la dysphagie, cuisinier-ère-s en diététique, cuisinier-ère-s et enseignant-e-s). Il leur a été demandé de transmettre le lien à leurs collègues.

Résultats

Les pratiques des TM et LE des 44 établissements médicaux inclus n'étaient pas uniformes. Parmi 11 protocoles ou fiches techniques récoltés, 27 appellations pour les TM et 5 pour les LE ont été recensées. Le nombre récurrent de TM se situait entre 4 et 5. Dans l'enseignement, les références utilisées n'étaient pas uniformes, voire inexistantes.

159 professionnels ont répondu au questionnaire. 92% des participants trouvaient utile de créer un consensus romand sur les TM et les LE.

Conclusion

Cette étude a permis d'établir une synthèse des pratiques des TM et des LE en Suisse romande et d'affirmer qu'il existait un réel besoin de la part de l'ensemble des professionnels d'un consensus romand sur les TM et les LE.

Mots-clés

Textures modifiées - liquides épaissis – consensus - dysphagie

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
PRÉAMBULE	4
RÉSUMÉ	5
1 INTRODUCTION.....	9
2 CADRE DE RÉFÉRENCE	10
2.1 TEXTURES MODIFIÉES	10
2.2 LIQUIDES ÉPAISSIS	11
2.3 DYSPHAGIE	11
2.3.1 Définition.....	11
2.3.2 Déglutition.....	11
2.3.3 Causes de la dysphagie	11
2.3.4 Epidémiologie.....	12
2.3.5 Conséquences de la dysphagie.....	12
2.3.6 Dépistage de la dysphagie.....	12
2.3.7 Prise en charge de la dysphagie en Suisse romande	13
2.3.8 Industrie et dysphagie	13
2.4 CONSENSUS ETRANGERS SUR LES TM ET LES LE.....	13
2.4.1 Consensus nationaux existants	14
2.4.1.1 Etats-Unis d'Amérique.....	15
2.4.1.2 Grande-Bretagne	15
2.4.1.3 Australie.....	15
2.4.1.4 Irlande	16
2.5 CONSENSUS INTERNATIONAL SUR LES TM ET LES LE.....	16
3 BUTS ET OBJECTIFS.....	17
3.1 BUTS	17
3.2 OBJECTIFS	17
4 CHRONOLOGIE DU TRAVAIL	18
5 MÉTHODOLOGIE	19
5.1 DESIGN	19
5.2 REVUE DE LITTÉRATURE.....	19
5.3 ETAT DES LIEUX	19
5.3.1 Echantillon.....	19
5.3.2 Critères d'inclusion	19
5.3.3 Critères d'exclusion	19
5.3.4 Recrutement.....	20
5.4 POPULATION.....	20
5.5 FOCUS GROUPE	20
5.5.1 Critères d'inclusion	20
5.5.2 Critères d'exclusion	20
5.5.3 Recrutement.....	20
5.5.4 Déroulement.....	21
5.6 QUESTIONNAIRE	21
5.6.1 Echantillon.....	21
5.6.2 Critères d'inclusion	21
5.6.3 Critères d'exclusion	22
5.6.4 Recrutement.....	22
5.6.4.1 Responsables diététicien-ne-s	22

5.6.4.2	Responsables cuisine ou hôtellerie.....	22
5.6.4.3	Personnes référentes de la dysphagie.....	22
5.6.4.4	Ancien-ne-s étudiant-e-s cuisinier-ère-s en diététique	23
5.6.4.5	Enseignant-e-s	23
5.6.4.6	Participants du FG.....	23
5.6.5	Forme	23
5.6.6	Pré-test.....	23
5.7	MESURES	24
5.7.1	Variables étudiées pour établir l'état des lieux des pratiques en Suisse romande	24
5.7.2	Variables étudiées lors du FG	24
5.7.3	Variables mesurées par le questionnaire pour connaître le besoin d'un consensus en Suisse romande et pour compléter l'état des lieux.....	24
5.8	ANALYSE DES RESULTATS.....	25
5.8.1	Etat des lieux	25
5.8.2	Focus groupe	25
5.8.3	Questionnaire.....	25
5.9	ETHIQUE	26
5.10	RESSOURCES ET BUDGET	26
5.10.1	Ressources matérielles	26
5.10.2	Ressources humaines	26
5.10.3	Budget.....	26
5.11	BÉNÉFICES ET RISQUES.....	26
6	RÉSULTATS ET ANALYSE	27
6.1	ETAT DES LIEUX	27
6.1.1	Taux de participation	27
6.1.2	Caractéristiques des établissements ayant répondu à la requête.....	28
6.1.3	Similitudes et différences parmi les protocoles ou fiches techniques recensés	29
6.1.3.1	Nombre de TM et de LE	29
6.1.3.2	TM spécifiques à la dysphagie	29
6.1.3.3	Forme des protocoles ou fiches techniques	29
6.1.4	Appellations des TM et LE recensées dans les protocoles	30
6.1.5	Références utilisées dans l'enseignement des TM et des LE.....	31
6.1.5.1	Filière de logopédie	31
6.1.5.2	Filière cuisinier-ère-s en diététique	31
6.1.5.3	Filière Nutrition et diététique.....	31
6.2	FOCUS GROUPE	32
6.2.1	Participation.....	32
6.2.2	Caractéristiques des participants du FG.....	32
6.2.3	Synthèse du FG en fonction des variables	32
6.2.3.1	Problématiques rencontrées dans la pratique face aux TM et aux LE ou à la prise en charge de la dysphagie.	32
6.2.3.2	Avantages et inconvénients d'un consensus sur les TM et les LE.....	33
6.2.3.3	Implantation du consensus en Suisse romande	33
6.2.3.4	Forme et destinataires du questionnaire	33
6.2.3.5	Pistes pour la réalisation d'un consensus romand	33
6.2.3.6	Conclusion du FG	34
6.3	QUESTIONNAIRE	35
6.3.1	Taux de participation	35
6.3.2	Caractéristiques des participants	36
6.3.3	Pratiques des TM et des LE en Suisse romande.....	40
6.3.3.1	Textures modifiées	40
6.3.3.1.1	Présence et nombre de TM	40
6.3.3.1.2	TM spécifiques à la dysphagie.....	42
6.3.3.2	Précision des critères de définition des TM pour les professionnels.....	43
6.3.3.3	Liquides épaissis.....	43

6.3.3.4	Terminologie des TM et LE lors de changement d'établissement médical	45
6.3.3.5	Présence de protocoles ou de fiches techniques dans les établissements des professionnel-le-s	47
6.3.3.6	Références utilisées pour l'enseignement des TM et de LE.....	47
6.3.4	<i>Besoin d'un consensus.....</i>	48
6.3.4.1	Adéquation des références utilisées pour l'enseignement des TM et des LE.....	48
6.3.4.2	Problématique(s) rencontrée(s) lors de la préparation des cours sur les TM et les LE	48
6.3.4.3	Satisfaction de la situation actuelle des pratiques des TM et LE au sein de l'établissement/filière de formation	49
6.3.4.4	Synthèse de l'état des lieux	51
6.3.4.5	Avantages d'un consensus romand	53
6.3.4.6	Inconvénient(s) d'un consensus romand	55
6.3.4.7	Utilité du consensus.....	56
6.3.5	<i>Variables pour les pistes de réalisation d'un consensus romand</i>	56
6.3.5.1	Forme du consensus romand	56
6.3.5.2	Connaissance des consensus étrangers.....	57
6.3.6	<i>Influence présumée de certaines variables sur la satisfaction des professionnels et sur l'utilité du consensus</i>	58
6.3.6.1	Présence de protocoles et satisfaction/utilité du consensus	58
6.3.6.2	Nombre de TM et satisfaction/utilité	58
6.3.6.3	Critères de précision des TM et LE et satisfaction/utilité	58
6.3.6.4	Changement des pratiques des TM et LE et satisfaction/utilité	58
6.3.6.5	Satisfaction de la situation actuelle et utilité.....	59
7	DISCUSSION	60
7.1	RAPPEL DES RÉSULTATS PRINCIPAUX	60
7.1.1	<i>Synthèse des pratiques des TM et LE en Suisse romande.....</i>	60
7.1.2	<i>Besoin d'un consensus suisse romand.....</i>	60
7.2	DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS	61
7.2.1	<i>Caractéristiques des établissements médicaux de l'échantillon.....</i>	61
7.2.2	<i>Caractéristiques des participants au questionnaire</i>	61
7.2.3	<i>Synthèse des pratiques des TM et LE en Suisse romande.....</i>	62
7.2.4	<i>Besoin du consensus.....</i>	63
7.2.5	<i>Influence présumée de certaines variables sur la satisfaction des professionnels et sur l'utilité du consensus</i>	64
7.2.6	<i>Pistes pour la réalisation du consensus.....</i>	64
7.3	COMPARAISON DES RESULTATS OBTENUS AVEC LA LITTÉRATURE	65
7.3.1	<i>Professionnels inclus dans l'étude.....</i>	65
7.3.2	<i>Synthèse pratiques des TM et LE en Suisse romande</i>	65
7.3.3	<i>Besoin du consensus.....</i>	66
7.3.4	<i>Pistes pour la réalisation du consensus.....</i>	66
7.4	LIMITES, BIAIS ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	67
7.4.1	<i>Limites</i>	67
7.4.2	<i>Biais.....</i>	67
7.4.3	<i>Points forts</i>	68
8	PERSPECTIVES	69
8.1	REALISATION D'UN CONSENSUS ROMAND	69
8.2	ÉTABLISSEMENTS SANS PROTOCOLES OU FICHES TECHNIQUES	69
8.3	REPAS A DOMICILE	69
8.4	INDUSTRIE	69
9	CONCLUSION	70
10	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
	ANNEXES.....	74

1 Introduction

La dysphagie, définie comme la difficulté à déglutir, affecte environ 8% de la population mondiale [1]. Elle est associée à la dénutrition, la déshydratation, aux infections pulmonaires et à un risque de décès [1]. Un champ de la recherche médicale développe de nouveaux traitements permettant de rétablir ou d'améliorer la fonction de déglutition mais à ce jour, le traitement de choix pour cette pathologie réside dans la modification de la texture des aliments et l'épaississement des liquides. Les aliments sont hachés, mixés ou réduits en purée pour compenser les difficultés masticatoires, améliorer la sécurité lors de la déglutition et éviter les risques d'asphyxie. Les liquides sont épaissis pour ralentir leur vitesse lors des phases de déglutition, afin d'éviter les broncho-aspirations et améliorer le transit le long de l'œsophage [1]. Cette forme d'alimentation est prescrite pour augmenter la sécurité des personnes lors de la prise alimentaire.

La terminologie, le nombre et les caractéristiques des TM et des LE diffèrent d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre. Un nombre élevé d'appellations augmente le risque d'atteinte à la sécurité du patient. Une terminologie et des définitions uniformes ont été reconnues comme un moyen d'améliorer la sécurité du patient, l'efficacité et la précision dans la communication interprofessionnelle, la fabrication de produits adaptés dans le secteur industriel et l'uniformisation des références dans l'enseignement [2]. Plusieurs pays tels que les Etats-Unis d'Amérique, la Grande-Bretagne, l'Australie ou encore le Japon ont établi des consensus nationaux sur les TM et les LE.

En Suisse, il n'existe pas de consensus sur les TM et les LE. Chaque établissement médical est libre de créer ses propres fiches techniques ou protocoles en se basant sur les références de son choix. Dans l'enseignement, les différentes filières dispensant des cours sur les TM et les LE ou sur la prise en charge de la dysphagie peuvent aussi se baser sur les références qu'elles souhaitent. La terminologie, les critères de définition et le nombre de TM et de LE ne sont pas uniformes d'un établissement à un autre, voire au sein du même établissement.

Actuellement, aucune étude n'a été réalisée afin de recenser les pratiques des TM et des LE en Suisse. Le but de ce travail consiste à réaliser un état des lieux en Suisse romande et de définir le besoin des professionnels travaillant avec les TM et les LE d'un consensus suisse romand. La barrière de la langue et la période à disposition pour réaliser le présent travail ne permettent pas de prendre en compte la totalité du pays.

2 Cadre de référence

2.1 Textures modifiées

La texture d'un aliment se caractérise par plusieurs propriétés mécaniques. Selon le manuel de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec [3], ces propriétés sont définies comme telles :

- dureté ou « masticabilité » : force nécessaire pour comprimer un aliment solide afin d'obtenir la déformation de cet aliment.
- cohésion : force des liens internes des aliments lui donnant sa forme. Le terme cohésion s'applique à ce qui joint, unit, resserre.
 - bol cohésif : un aliment qui a la propriété d'être cohésif forme un bol alimentaire qui ne se disperse pas ni ne s'émiette après la mastication et au cours de processus de déglutition.
 - bol non cohésif : aliment qui s'émiette ou qui est difficile à rassembler sur le dos de la langue et pour lequel il est plus difficile de former un bol alimentaire.
- adhésion : force nécessaire pour contrecarrer l'attraction entre la surface des aliments et la surface d'autres éléments tels que les ustensiles, le palais, les dents et la langue.
- élasticité : rapidité avec laquelle un aliment déformé reprendra son aspect original une fois la force externe retirée.
- viscosité : la friction interne d'un liquide ou sa résistance à l'écoulement.

Les caractéristiques mécaniques comprennent également deux caractéristiques secondaires :

- friabilité : caractère d'un aliment pouvant être facilement réduit en petites particules.
- plasticité : caractère d'un aliment facilement malléable.

Les TM permettent aux personnes souffrant de dysphagie ou de problèmes masticatoires de maintenir une alimentation per os sécuritaire et adaptée en diminuant le risque d'étouffement. Ce risque augmente considérablement pour les patients atteints de dysphagie [1]. Le risque de mort par étouffement s'élève à 0.66 pour 100'000 personnes dans la population générale. Le risque d'étouffement est aussi plus élevé pour les patients portant un dentier. Leur sensation en bouche est diminuée lors de la mastication et par conséquent risquent de ne pas mâcher suffisamment les aliments. Ces derniers, grossièrement mâchés sont responsables du risque d'étouffement [1]. Une dentition partielle ou manquante a également une influence sur le risque d'étouffement. Un nombre inférieur à 13 dents augmente considérablement ce risque car la force pour mastiquer les aliments n'est plus suffisante [1].

Les TM sont équilibrées dans leur composition nutritionnelle car elles ne comportent pas de restrictions mise à part des contraintes techniques lors de leur préparation. Néanmoins, ce type d'alimentation peut engendrer une malnutrition par sa faible densité énergétique et des carences en vitamines et/ou minéraux dues à la cuisson longue de certains aliments [4]. De plus, elle peut être source de dégoût par son aspect et sa texture peu communs ou de lassitude en raison des possibilités limitées liées aux contraintes technologiques de leur préparation.

2.2 Liquides épaissis

Les LE sont des boissons ou des mets liquides (soupe, sauce, bouillon) dont la viscosité a été modifiée par l'adjonction d'un épaississant [4]. Ils permettent aux patients atteints de dysphagie de limiter le risque de broncho-aspirations et d'infections pulmonaires, car leur trajet est ralenti de la bouche à l'estomac. Un écoulement lent permettrait un meilleur contrôle de la déglutition [1].

La recherche médicale dans le domaine de l'épaississement des liquides est limitée. Le nombre de stades d'épaississement des liquides requis, correspondant aux différents besoins des patients atteints de dysphagie, n'a pas été clairement défini. En revanche il a été démontré que le niveau de viscosité des liquides avait une influence sur l'amélioration de la santé des personnes atteintes de dysphagie [1].

2.3 Dysphagie

2.3.1 Définition

La dysphagie est la pathologie la plus fréquente nécessitant une adaptation de la texture des aliments et de l'épaississement des liquides. L'évolution du champ de la recherche scientifique dans la dysphagie a permis de distinguer la dysphagie œsophagienne de la dysphagie oropharyngée. Cette dernière est spécifiquement classée par l'Organisation Mondiale de la Santé dans l'ICD-10 (International Classification of Diseases), document international qui définit les pathologies [5]. Elle se caractérise par une impossibilité ou difficulté à déglutir, qui implique deux conséquences fonctionnelles primaires : une faible efficacité menant à une nutrition et une hydratation inadéquate ainsi qu'une sécurité diminuée lors de la déglutition avec un risque d'aspiration pulmonaire [6].

2.3.2 Déglutition

La déglutition se définit par l'acte réflexe de transport du bol alimentaire, de la salive ou des médicaments de la bouche à l'estomac en assurant une protection des voies aériennes [7,8]. Elle comprend trois étapes : la phase orale, la phase pharyngée et la phase œsophagienne. La phase orale est la seule phase volontaire impliquant d'une part la capacité de préhension des aliments pour les amener à la bouche, et d'autre part la mastication et la salivation qui servent à la formation du bol alimentaire. Ce dernier est propulsée par la langue jusqu'à la prochaine phase de déglutition. La phase pharyngée est un réflexe où la respiration cesse durant le passage du bol alimentaire. L'épiglotte s'abaisse pour protéger les voies respiratoires et le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre pour laisser passer le bol alimentaire dans sa dernière phase de déglutition. La phase œsophagienne est un réflexe où le péristaltisme œsophagien permet la propulsion du bol alimentaire vers le sphincter œsophagien inférieur qui laissera passer le bol alimentaire dans l'estomac. La salive ainsi que plusieurs zones du cerveau telles que le tronc cérébral ou le contrôle cortical sont aussi impliquées pour assurer le bon fonctionnement de la déglutition [5].

2.3.3 Causes de la dysphagie

La dysphagie survient lors d'affections neurologiques telles que les démences, d'affections musculaires, d'affections oto-rhino-laryngologie (ORL) et d'affections œsophagiennes telles que les sténoses ou les tumeurs [6,7]. Des causes iatrogènes

comme les séquelles de la chirurgie ou de la radiothérapie peuvent aussi être à l'origine de la dysphagie [6].

2.3.4 Epidémiologie

Certaines études épidémiologiques montrent que 22% des personnes de plus de 50 ans souffrent de dysphagie. Cette prévalence s'élève jusqu'à 40% pour les personnes de plus de 60 ans [9].

D'autres chiffres sont repris dans la littérature [10] :

- 50% des patients en phase aiguë d'accident vasculaire cérébral (AVC) souffriraient de dysphagie
- 25% des patients en phase chronique de l'AVC
- 50% des patients ayant la maladie de Parkinson
- 40% des personnes ayant la sclérose en plaque
- 48 à 100% des personnes ayant la sclérose latérale amyotrophique
- 20 à 50% des personnes en EMS (établissement médico-social)
- 23% des personnes qui sont dans la salle d'attente des médecins généralistes
- 7 à 22% des personnes âgées
- 40 à 50% des personnes en établissements de soins de longue durée.

Une autre étude estime que 60 à 80% des patients atteints d'une maladie neurodégénérative, 10 à 30% des personnes âgées de plus de 65 ans et plus de 51% des personnes âgées en institution souffriraient de dysphagie [1].

2.3.5 Conséquences de la dysphagie

Les conséquences de la dysphagie peuvent être:

- physiques: perte de poids due à une diminution des apports alimentaires, dénutrition, déshydratation, perte d'autonomie et fausses routes. Ces dernières peuvent provoquer l'étouffement ou encore une infection due au passage du bol alimentaire dans les voies respiratoires, ce qui peut mettre en jeu le pronostic vital [6-9]. Les fausses routes peuvent être primaires, secondaires ou silencieuses. Elles peuvent survenir avant le réflexe de déglutition à cause d'un éparpillement intra-buccal, d'une perte de contrôle du bol alimentaire, d'un réflexe de déglutition retardé/absent ou d'une insuffisance du sphincter buccal postérieur avec des fuites dans le pharynx. Elles peuvent aussi être présentes pendant le réflexe de déglutition avec une fermeture incomplète ou tardive du larynx, une stase valléculaire avec dépôt ou d'un problème d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage [7].
- psychologiques: baisse de l'engouement pour l'acte de manger ou dépression [6,9].
- sociales: isolation

2.3.6 Dépistage de la dysphagie

Un examen clinique (ex: test de déglutition) permet de définir la TM et le stade de viscosité du liquide adaptés au besoin du patient. Les techniques d'imageries telles que la vidéofluoroscopie et l'évaluation endoscopique à fibres optiques (EEFO) permettent de déterminer précisément la texture des aliments ou la viscosité des liquides

préconiser. La vidéofluoroscopie permet de déterminer la quantité du bol alimentaire qui est entrée dans les voies respiratoires grâce à une observation complète de la déglutition par radiographie [11]. L'EEFO consiste à insérer un endoscope dans le nez du patient qui enregistre le processus de la déglutition et permet de visualiser les zones impliquées défaillantes [11].

2.3.7 Prise en charge de la dysphagie en Suisse romande

La prise en charge de la dysphagie nécessite une approche interdisciplinaire [11]. Les soignants doivent être sensibilisés à la problématique pour informer les professionnels de la santé spécialistes de la dysphagie. Les logopédistes ou les personnes référentes de la dysphagie tels que les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes établissent le diagnostic de la dysphagie et procèdent aux examens cliniques pour déterminer la TM et le stade de viscosité du liquide adéquats. Les diététicien-ne-s s'occupent d'adapter les apports énergétiques aux besoins du patient afin d'éviter, de prévenir ou de corriger la dénutrition. Les cuisinier-ère-s en diététique ou les cuisinier-ère-s préparent les TM. Toutefois, en pratique, le rôle des professionnels de santé dans la prise en charge de la dysphagie n'est pas toujours clairement défini.

2.3.8 Industrie et dysphagie

L'industrie a développé des poudres épaississantes pour les liquides, des boissons pré-épaissies et des denrées alimentaires sous forme de TM pour les patients sortant de l'hôpital qui doivent continuer une alimentation à TM et/ou LE. Néanmoins, des études révèlent que les patients et les professionnels de la santé n'épaississent pas de la même manière les liquides malgré les instructions identiques sur les emballages [1]. De plus, ces instructions ne permettent pas d'assurer une reproductibilité pour l'épaississement des liquides car chaque marque a ses propres appellations pour les LE ce qui augmente le risque d'erreur.

2.4 Consensus étrangers sur les TM et les LE

La non-uniformité des pratiques des TM et des LE dans d'autres pays a permis de mettre en avant plusieurs problèmes, à savoir [12]:

- la sécurité du patient; si la texture ou le liquide ne sont pas adaptés à la dysphagie, il peut faire des fausses routes qui peuvent conduire à des bronchoaspirations dont les conséquences peuvent être la mort.
- la diminution de l'efficacité et de la précision dans la communication entre les professionnels lorsqu'un patient change de structure de soins
- des difficultés pour le secteur industriel pour la fabrication de produits adaptés.
- un manque de références valides pour l'enseignement

Depuis plusieurs dizaines d'années, il a été mis en évidence qu'il existait une irrégularité dans la terminologie et la définition des TM et des LE. En 1996, des diététiciennes américaines ont présenté un poster au *American Dietetic Association Annual Meeting* [12]. Elles avaient recensé les pratiques de 27 Etats différents au travers de 71 diététiciennes et avaient mis en évidence qu'il n'existait pas moins de 40 appellations différentes pour les textures et 18 appellations pour la description de la viscosité des liquides. Pennmann et Thomson [13] avaient déjà mené une revue de littérature entre 1983-1996 pour recenser les pratiques et avaient aussi mis en

évidence une disparité et une irrégularité dans la terminologie et la définition des TM et des LE. Suite à ces observations, des projets visant à uniformiser et à faciliter les pratiques des TM et des LE en sont issus dans plusieurs pays.

2.4.1 Consensus nationaux existants

L'Australie, l'Irlande, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Suède, l'Amérique, le Royaume-Uni, le Canada et le Danemark ont uniformisé leurs pratiques des TM et des LE au moyen de consensus qui dénomment et définissent chaque TM et stade de viscosité pour les liquides.

Country	< Regular food				Extensively texture modified food >	
USA (NDD)[45]	Regular	Dysphagia Advanced (bite sized, < 2.5cm)	Dysphagia mechanically altered (0.6cm)	Dysphagia pureed		
United Kingdom[44]		Texture E – Fork mashable dysphagia diet (1.5cm)	Texture D – Pre-mashed dysphagia diet (0.2cm)	Texture C – Thick Puree Dysphagia Diet	Texture B – Thin Puree dysphagia diet	
Australia[6]	Regular	Texture A – Soft (1.5cm)	Texture B- Minced + Moist (0.5cm)	Texture C – Smooth pureed		
Ireland[40]		Texture A - Soft	Texture B - Minced and Moist	Texture C – Smooth Pureed		Texture D - Liquidised
Japan (Hardness, cohesiveness and adhesiveness ranges available)[41]	Level 5 Normal diet	Level 4 Soft food	Level 3 (Dysphagia Diet) Paste containing meat/fish	Level 2 (Dysphagia Diet) Jelly food with protein [Rough jelly surface]	Level 1 (Dysphagia Diet) Smooth Jelly food with protein, except for meat and fish	Level 0 (Test Food) Smooth Jelly food without protein
Canada	Easy to chew or Regular / General / Dysphagia General	Chopped or diced / Dyphsagia Soft/ Dysphagia soft + minced / stage 3 / Level 3 / Dental soft / Easy to chew with minced meat / cut up	Advanced Minced / Minced with finger foods / Diced / Chopped / Soft minced	Minced / Mashed / Modified minced / Dysphagia Fully totally minced / Level 2 mechanical / minced moist / minced meat modified vegetables	Pureed / Thin Pureed / Dysphagia Pureed / Stage 1 / Level 1/ Semi-pureed	Blenderized / liquidized
Denmark[46]	Normal	Soft		Puree		
Spain	Normal	Easy mastication		Puree		
Netherlands	Normal	Normal with soft meat/fish/chicken – no particulates (e.g peas, rice)	Mashed	Puree		
Brazil	Solid					Soft Solid or Puree
Sweden[43]	Regular or Cut	Coarse Paté	Timbales	Jellied products	High viscosity fluids	Low viscosity fluids

Figure 1: Synthèse des consensus étranger sur les TM [1]

Country	< “Water-like”	“Pudding-like” >			
USA (NDD)[45]	Thin (1-50 cP ^a)		Nectar-Like (51-350 cP ^a)	Honey-like (351-1750 cP ^a)	Spoon-thick (>1750cP ^a)
United Kingdom[44]	Thin	Naturally thick fluid	Thickened fluid – stage 1	Thickened fluid - stage 2	Thickened fluid – Stage 3
Australia[6]	Regular	-	Level 150 – Mildly thick	Level 400 – moderately thick	Level 900 – Extremely thick
Ireland[40]	Regular	Grade 1 – Very mildly thick	Grade 2 – Mildly thick	Grade 3 – Moderately thick	Grade 4 – Extremely thick
Japan (JSDR; scheme)[41]	Less mildly thick (< 50 mPa.s ^a)	Mildly thick (50-150 mPa.s ^a)	Moderately thick (150-300 mPa.s ^a)	Extremely thick (300-500 mPa.s ^a)	Over Extremely thick (> 500 mPa.s ^a)
Canada	Regular/ Thin/ Clear		Nectar / Stage 1 / Level 1 / >250cP / 51-350 cP	Honey / Stage 2 / Level 2 / > 800 cP / 351-1750cP / Default Thick	Pudding / Spoon thick / Stage 3 / level 3 / > 2000 cP / > 1750 cP
Denmark[46]	Normal	Chocolate milk	Syrup	Jelly	
Spain	Thin			Medium	Full protection/thick/pudding
Netherlands	Thin		“Thickened”		Pudding-like
Brazil	Normal or thin	Thicker liquid		Nectar or Honey	Paste or Creamy (Homogenous or Heterogenous)
Sweden[43]	Liquids	Thickened liquids			

^a Shear rate 50 s⁻¹; both cP and mPa s are used in the literature as the unit of viscosity, 1 cP = 1 mPa s

Figure 2: Synthèse des consensus étrangers sur les LE [1]

Certains consensus étrangers ont été décrits ci-dessous afin de comprendre la démarche d'uniformisation réalisée.

2.4.1.1 Etats-Unis d'Amérique

Les premiers à avoir élaboré un consensus sur les TM et les LE sont les Etats-Unis d'Amérique en 2002. Leur projet « The National Dysphagia Diet Task Force (NDDTF) » comprenait des diététicien-ne-s, des logopédistes, un scientifique de l'alimentation et des membres de l'industrie alimentaire.

Ce projet a permis de définir une terminologie ainsi que des standards pour les pratiques dans la modification des textures et l'épaississement des liquides utilisés dans la prise en charge de la dysphagie.

Le but de ce projet consistait à développer une alimentation adaptée à la dysphagie avec différentes textures et stades de viscosité des liquides basés sur des mesures rhéologiques. Les textures ont été définies selon leurs propriétés mécaniques et selon une approche rhéologique. Après ces mesures, 4 grades différents de textures et 4 grades de viscosité ont pu être déterminés en lien avec la dysphagie.

Le projet visait aussi à simplifier et à limiter le nombre de textures ou stades de viscosité des liquides afin d'améliorer et de faciliter la communication interprofessionnelle et entre les différents lieux de soins. Cette alimentation avait pour but d'être adoptée comme un standard dans la pratique du traitement de la dysphagie. Le NDDTF voulait tenir compte des différences culturelles entre les états afin d'être au plus proche de leurs habitudes alimentaires [2,14].

2.4.1.2 Grande-Bretagne

Les Anglais ont développé des descripteurs nationaux pour les TM utilisées dans la dysphagie qui définissent le type et la texture des aliments. Ce projet a été mené en 2002 par la *British Dietetic Association* et *Royal College of Speech and Language Therapists*. Les descripteurs ont été revus en 2011 par la National Patient Safety Agency Dysphagia Reference Group en association avec les Universités de la Santé de Cardiff et Vale. Ils constituent des standards pour tous les professionnels et les industries alimentaires qui sont confrontés au problème de la dysphagie. 4 TM différentes, avec des caractéristiques concernant les propriétés de la texture, les aliments autorisés ou interdits et des recommandations pour chaque texture ont été décrites. Ces nouveaux descripteurs sont également adaptés aux enfants. Les liquides n'ont pas été inclus dans ce projet, c'est toutefois un objectif futur [15,16].

2.4.1.3 Australie

L'Australie a créé son propre consensus en 2007. Ce projet est né de l'association *Dietiticians Association of Australia* et de *The Speech Pathology Association of Australia Limited*.

Leur but était de définir un nombre de stades, une terminologie et une description précise pour les TM et les LE, et de donner des exemples d'aliments appropriés pour chaque texture. Ils ont commencé par recenser ce qu'il existait dans la littérature sur les TM et LE, et ils ont dénombré pas moins de 95 appellations différentes pour les TM et 39 appellations pour les LE. Ils ont ensuite recherché ce qu'il existait dans les autres pays et ont trouvé les consensus américain et britannique. Toutefois, ces derniers ne convenaient pas au contexte australien en raison de différences de culture dans les pratiques alimentaires, de terminologie ou de buts divergents.

Ils ont soumis une première ébauche d'uniformisation auprès de 582 diététicien-n-es et logopédistes, des industries alimentaires et des écoles de diététique et de logopédistes en Australie.

Les textures ont été regroupées dans 3 catégories pour les solides et 3 catégories pour les liquides. Leur outil représente une échelle avec les différents stades de textures ou de liquides. Une appellation, une définition ainsi que les caractéristiques sont décrites pour chaque texture et stade de liquides [12, 17,18].

2.4.1.4 Irlande

L'*Irish Association of Speech and Language* et l'*Irish Nutrition and Dietetic Institute* ont développé un consensus national en 2009. En raison d'un manque de temps, ils n'ont pas pu faire une revue complète des pratiques des TM et LE en Irlande et ont décidé de se baser sur le consensus australien. Leur choix s'est orienté vers l'australien car il semblait être construit sur une base scientifique plus solide que les autres consensus étrangers. Ils l'ont adapté à leurs pratiques et ont ainsi ajouté une TM ainsi qu'un stade de liquide supplémentaire [19].

Pour élaborer un consensus, il est essentiel de tenir compte des habitudes alimentaires des populations. S'approprier un consensus d'un autre pays ne suffit pas car les mets et les denrées peuvent sensiblement varier d'un continent à l'autre, d'un pays à l'autre voire d'une région à l'autre [12,19].

Ces différents consensus ne font pas l'objet de guidelines pour la pratique mais constituent des documents de référence visant à simplifier et uniformiser les pratiques des professionnels dans la prise en charge de la dysphagie.

2.5 Consensus international sur les TM et les LE

Suite à la réalisation des consensus nationaux des différents pays, un groupe interdisciplinaire a créé l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) en octobre 2012 [1]. Une uniformisation internationale des TM et des LE se justifie car les personnes, autant les patients que les soignants, se déplacent de plus en plus à travers le monde. Ces déplacements engendrent une diminution de la sécurité du patient atteint de dysphagie en raison du risque d'erreur liés aux pratiques non uniformes des TM et des LE. Le but de cette initiative mondiale consiste à développer des terminologies et des critères de définition internationaux pour les TM et les LE. Ce consensus international est attendu pour 2015. Il permettra une meilleure communication interprofessionnelle avec un risque d'erreur diminué. De plus les chercheurs ont besoin d'une terminologie et des critères de définition communs pour les TM et les LE afin de faire évoluer le champ de la recherche dans le traitement de la dysphagie.

3 Buts et objectifs

3.1 Buts

Les buts de cette étude consistaient à établir une synthèse des pratiques des TM et LE en Suisse romande et à définir le besoin des professionnels d'un consensus romand.

3.2 Objectifs

- Réaliser un état des lieux des pratiques des TM et des LE en Suisse romande
 - recenser et comparer les différents documents utilisés dans les établissements médicaux concernant les TM et les LE.
 - recenser et comparer les références utilisées dans les filières qui dispensent des cours sur les TM et les LE ou sur la prise en charge de la dysphagie.
- Identifier le besoin des professionnels travaillant avec les TM et les LE d'un consensus romand
 - créer un questionnaire pour identifier le besoin d'un consensus.
 - affiner les variables du questionnaire à travers un FG.
- Approfondir l'état des lieux à l'aide d'une partie des variables du questionnaire.

4 Chronologie du travail

La réalisation de ce travail de Bachelor s'est divisée en trois parties :

- L'état des lieux des pratiques des TM et LE en Suisse romande
- L'organisation d'un FG avec les professionnels afin de faire émerger les variables pour le questionnaire
- L'évaluation du besoin des professionnels d'un consensus suisse romand par le biais d'un questionnaire

Dates	Tâches
Août 2013 à octobre 2013	Revue de littérature pour le cadre de référence
28.11.2013	Envoi des e-mails aux PF des 44 établissements médicaux pour la récolte de données de l'état des lieux
08.12.2013	Envoi des e-mails aux enseignant-e-s pour la récolte des références
10.12.13	Rendez-vous avec le socio-anthropologue pour discuter de la création du questionnaire
20.12.2013	Remise du protocole
Janvier à février 2014	Recrutement du FG par e-mail Préparation du FG
06.01.2014	Envoi de l'e-mail de rappel aux PF et aux enseignant-e-s pour la récolte de données de l'état des lieux
07.01.2014	Séminaire de discussion pour le protocole
20.01.2014	Fin de la récolte de données de l'état des lieux
Mi-janvier à mi-février 2014	Analyse des fiches techniques et références de cours, élaboration d'une synthèse de l'état des lieux
04.03.2014	Réalisation du FG
Mars 2014	Synthèse du FG
Avril 2014	Création du questionnaire
5-8 mai 2014	Pré-test du questionnaire
11 mai 2014	Envoi du questionnaire à l'ensemble de l'échantillon
18 mai 2014	Envoi de l'e-mail de rappel pour remplir le questionnaire
25 mai 2014	Clôture du questionnaire en ligne
Juin à mi-juillet 2014	Analyse des résultats et discussion
Mi-juillet 2014	Relecture et corrections du Travail de Bachelor
31 Juillet 2014	Remise du Travail de Bachelor
1 ^{er} septembre 2014	Soutenance orale

5 Méthodologie

5.1 Design

Etude transversale

5.2 Revue de littérature

Les consensus étrangers sur les TM et les LE avaient été transmis aux étudiantes investigatrices par l'enseignante ayant proposé la thématique du travail lors de l'attribution des sujets des travaux de Bachelor. La revue de littérature a débuté par un brainstorming afin d'identifier les mots-clés correspondant au besoin du cadre de référence de l'étude. Les mots clés sélectionnés étaient les suivants :

- textures modifiées - modified textures
- liquides épaissis - thickened liquids
- consensus - consensus
- dysphagie - dysphagia
- trouble de la déglutition – deglutition disorders

Ils ont été traduits par le HONselect[®] pour le thésaurus MeSH[®].

La recherche de littérature a été réalisée sur les bases de données Pubmed, la Banque de données en santé publique (BDSP) et le moteur de recherche Google Scholar[®]. Les mots-clés et leurs associations ont été utilisés pour la recherche d'articles scientifiques, de thèses ou de livres. La revue de littérature a été complétée par des articles cités en référence dans les consensus étrangers.

5.3 Etat des lieux

L'état des lieux a été élaboré à partir des protocoles, des références ou des explications des établissements médicaux¹ suisses romands et des filières de formation romandes des diététicien-ne-s, des cuisinier-ère-s en diététique et des logopédistes. Il a été complété dans un deuxième temps avec une partie des questions du questionnaire.

5.3.1 Echantillon

46 établissements médicaux romands
3 filières de formation

5.3.2 Critères d'inclusion

- L'établissement devait avoir un-e diététicien-ne (ou autre professionnel) qui fonctionne comme PF pour la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Ou

- La filière de formation devait dispenser des cours sur les TM et les LE et/ou sur la prise en charge de la dysphagie.

5.3.3 Critères d'exclusion

- Les établissements médicaux travaillant exclusivement avec une patientèle ambulatoire.

¹ Les établissements médicaux regroupent des établissements publics ou privés qui prodiguent des soins à des patients.

- Les établissements médicaux n'ayant pas de personne de contact.

5.3.4 Recrutement

Etablissements médicaux

Pour inclure les établissements médicaux, la liste des PF de la filière romande de Nutrition et diététique a été utilisée. Cette liste contenait les contacts des 81 PF, dont 46 travaillaient dans des établissements médicaux. Parmi les 46 établissements, 1 a été exclu car il travaillait exclusivement avec une patientèle ambulatoire et 1 n'avait pas d'e-mail. Un e-mail (annexe 1) expliquant les buts du travail de Bachelor et de l'état des lieux, a été envoyé à tous les PF travaillant dans les établissements médicaux inclus. Il leur était demandé d'envoyer par e-mail les protocoles ou fiches techniques sur les TM et les LE en vigueur dans l'établissement, le cas échéant, de fournir des explications sur le mode de fonctionnement ou si rien n'était établi, de l'indiquer. Un délai de 6 semaines a été fixé pour répondre. A la moitié du délai imparti, un rappel a été envoyé aux PF qui n'avaient pas encore répondu.

Filières de formation

Les personnes de référence dispensant les cours sur les TM et les LE ou sur la prise en charge de la dysphagie ont été contactées. Un e-mail (annexe 2) leur a été envoyé expliquant les buts du travail de Bachelor et de l'état des lieux. Il leur était demandé d'envoyer ou de faire part des références utilisées pour l'établissement de leur document de cours, le cas échéant d'indiquer s'ils n'utilisaient pas de références. Le délai imparti était le même que pour les PF.

5.4 Population

Les professionnel-le-s travaillant avec les TM et les LE en Suisse romande :

- les diététicien-ne-s
- les cuisinier-ère-s en diététique ou cuisinier-ère-s (si pas de cuisinier-ère-s en diététique)
- les référent-e-s de la dysphagie
- les enseignant-e-s dispensant les cours sur les TM et les LE ou sur la prise en charge de la dysphagie

5.5 Focus groupe

Un FG a été organisé afin d'affiner les variables du questionnaire servant à évaluer le besoin d'un consensus des professionnels et de déterminer la forme du questionnaire.

5.5.1 Critères d'inclusion

- Faire partie de la population
- Etre disponible à une ou plusieurs dates proposées pour le FG

5.5.2 Critères d'exclusion

- Ne pas être inscrit pour la date retenue du FG

5.5.3 Recrutement

Un échantillon de convenance de 5 à 12 professionnels représentatif des cantons romands et des différentes professions de la population était souhaité. 21 adresses e-mail ont été obtenues par les étudiantes investigatrices, à l'aide du directeur de

travail de Bachelor et de l'enseignante dispensant les cours sur la dysphagie aux logopédistes (10 diététicien-ne-s ; 4 cuisinier-ère-s en diététique, 1 cuisinier-ère, 3 logopédistes, 1 ergothérapeute et 4 enseignant-e-s). Un e-mail (annexe 3) expliquant l'objectif du FG et leur proposant d'y participer ainsi qu'aux membres de leur équipe leur a été envoyé. Parmi les 10 diététicien-ne-s contactées, 4 d'entre eux ont été priés de transmettre l'invitation aux cuisinier-ère-s en diététique et référent-e-s de la dysphagie de leur établissement afin de recruter davantage de professionnels. 2 diététicien-ne-s et 1 ergothérapeute ont proposé leur participation suite à la transmission de l'e-mail par leur responsable

Les personnes souhaitant participer au FG devaient indiquer leurs disponibilités pour les 4 dates proposées dans un lien Doodle. Une fois la date définie, un e-mail (annexe 4) de confirmation a été envoyé aux participants avec la date, l'heure et le numéro de la salle ainsi que les thèmes abordés lors de la discussion. Les participants s'étant inscrits à l'une ou plusieurs des 3 dates non retenues ont été exclus. Un e-mail (annexe 5) de remerciement leur a été envoyé pour leur intérêt porté au projet.

5.5.4 Déroulement

La durée prévue de la discussion était de 1h30 (annexe 6). Elle a été enregistrée au moyen de 2 appareils audionumériques. Les questions ont été posées successivement par les 2 étudiantes investigatrices et les participants intervenaient de manière libre. La parole était relancée par les étudiantes (investigatrices) afin de récolter l'avis de chacun. Un support visuel (Power Point®) résumant les points-clés à aborder a été projeté durant la discussion. Une des étudiantes investigatrice prenait des notes et retranscrivait des mots-clés de la discussion sur un Paperboard. A la fin du focus groupe, une synthèse a été réalisée et approuvée par tous les participants.

5.6 Questionnaire

Un questionnaire a été réalisé afin d'évaluer le besoin des professionnels et des enseignant-e-s d'un consensus suisse romand sur les TM et les LE et de compléter l'état des lieux [20].

5.6.1 Echantillon

- Les diététicien-ne-s des 44 établissements médicaux inclus pour l'état des lieux.
- Les 5 référents de l'enseignement des TM et des LE ou de la prise en charge de la dysphagie dans les 3 filières de formation incluses pour l'état des lieux.
- Les cuisinier-ère-s en diététique et les cuisinier-ère-s des 44 établissements inclus pour l'état des lieux.
- Les cuisinier-ère-s en diététique diplômés en 2013
- Les personnes référentes de la dysphagie des 44 établissements inclus pour l'état des lieux.
- Les professionnel-le-s intéressé-e-s par le FG qui ne travaillent pas dans l'un des 44 établissements inclus.

5.6.2 Critères d'inclusion

- Être diététicien-ne ou cuisinier-ère en diététique ou cuisinier-ère ou référent-e de la dysphagie et travailler dans un des établissements inclus pour l'état des lieux.

Ou

- Être cuisinier-ère en diététique et faire partie de la liste des ancien-ne-s étudiant-e-s de filière de formation des cuisinier-ère-s en diététique de Genève.

Ou

- Dispenser des cours sur les TM et les LE ou sur la dysphagie dans les filières de formation incluses pour l'état des lieux.

Ou

- Avoir été invité à participer au FG.

5.6.3 Critères d'exclusion

- Les professionnels des établissements médicaux inclus pour l'état des lieux ne travaillant pas avec les TM et les LE.

5.6.4 Recrutement

Parmi les 44 établissements inclus dans l'état des lieux, 1 a été exclu car il ne travaillait pas avec des TM et des LE.

5.6.4.1 Responsables diététicien-ne-s

Les adresses e-mails des 29² responsables diététicien-ne-s des 43 établissements médicaux ont été obtenues à l'aide du directeur de travail de Bachelor.

Un e-mail (annexe 7) avec les objectifs et le lien du questionnaire leur a été envoyé dans lequel il leur a été demandé de transmettre ce dernier à l'ensemble des diététicien-ne-s du-des site-s dont ils-elles étaient responsables. Si l'adresse e-mail de la personne référente de la dysphagie de leur établissement n'avait pas pu être obtenue, il leur était aussi demandé de transmettre le lien du questionnaire à ces personnes.

5.6.4.2 Responsables cuisine ou hôtellerie

Afin d'obtenir les adresses e-mail des responsables cuisine des 43 établissements médicaux, des appels téléphoniques ont été effectués par les étudiantes investigatrices en passant par la réception des établissements pour obtenir les numéros des responsables. Chaque responsable a été contacté par téléphone. Le sujet du travail de Bachelor ainsi que l'objectif du questionnaire leur était brièvement expliqué et leur adresse e-mail leur était demandée afin de pouvoir transmettre le lien du questionnaire. Sur les 42 responsables cuisine, un n'a pas souhaité participer à l'étude. Un e-mail (annexe 8) a été envoyé aux 41 responsables cuisine inclus avec les objectifs et le lien du questionnaire. Il leur était demandé de transmettre le lien du questionnaire aux cuisinier-ère-s en diététique, le cas échéant aux cuisinier-ère-s du-des site-s dont ils étaient responsables.

5.6.4.3 Personnes référentes de la dysphagie

Afin d'obtenir les adresses e-mail des personnes référentes de la dysphagie des 43 établissements médicaux inclus, des appels téléphoniques ont été effectués par les étudiantes investigatrices en passant par la réception des établissements. En première instance, le service de logopédie était demandé, le cas échéant celui d'ergothérapie ou de physiothérapie. Après discussion et redirection vers les

² Les responsables peuvent être sur plusieurs sites, c'est pourquoi il n'y en a pas le même nombre que les établissements médicaux.

personnes des services concernés, 22 adresses e-mail ont pu être obtenues. Dans 9 établissements, personne n'était référent de la dysphagie et dans 8 autres, la demande n'a pas abouti. De ce fait les responsables diététicien-ne-s de ces établissements ont été chargés de transmettre aux personnes référentes de la dysphagie de leur établissement le lien du questionnaire. Un e-mail (annexe 9) a été envoyé aux 22 personnes responsables de la dysphagie incluses avec les objectifs et le lien du questionnaire. Il leur était demandé de transmettre le lien du questionnaire aux autres personnes référentes de la dysphagie d'un ou de plusieurs sites.

Pour tous les professionnels des établissements à qui l'e-mail a été envoyé, il leur a été demandé de renvoyer par e-mail le nombre de personnes à qui ils avaient pu transmettre le questionnaire afin d'estimer le taux de participation. Si un professionnel ne possédait pas d'adresse e-mail, il était expliqué dans l'e-mail envoyé que le lien pouvait être utilisé par plusieurs personnes.

5.6.4.4 Ancien-ne-s étudiant-e-s cuisinier-ère-s en diététique

Un e-mail a été envoyé à la directrice de l'école romande des cuisinier-ère-s en diététique afin d'obtenir la liste des adresses e-mail d'ancien-ne-s étudiant-e-s.

21 adresses e-mail ont pu être obtenues. Un e-mail (annexe 10) avec les objectifs et le lien du questionnaire a été transmis aux 21 ancien-ne-s étudiant-e-s.

5.6.4.5 Enseignant-e-s

Pour chaque filière de formation, la personne de référence qui dispensait les cours sur les TM et les LE ou sur la prise en charge de la dysphagie a été incluse. Un e-mail (annexe 11) a été transmis aux 5 enseignant-e-s avec les objectifs et le lien du questionnaire en spécifiant qu'ils devaient remplir le questionnaire en tant qu'enseignant (car certains avaient une profession en parallèle).

5.6.4.6 Participants du FG

Les 3 professionnels ne travaillant pas dans l'un des 43 établissements médicaux, qui s'étaient inscrits pour participer au FG ont été inclus. Un e-mail (annexe 12) avec les objectifs et le lien du questionnaire leur a été transmis.

Le délai imparti pour répondre au questionnaire était de 15 jours. Un e-mail de rappel a été envoyé après une semaine à l'ensemble des professionnels.

5.6.5 Forme

Le questionnaire (annexe 13) se présentait sous forme électronique et son lien url a été transmis aux professionnels. Les questions se présentaient sous forme de questions à choix multiples, d'échelles et de questions à réponses courtes. Certaines étaient communes à toutes les professions et d'autres étaient spécifiques. Le programme Google Drive® a été utilisé pour créer et analyser le questionnaire.

5.6.6 Pré-test

Le questionnaire a été prétesté sur un échantillon de convenance composé des 6 participants du FG, de 3 enseignant-e-s, de 4 diététicien-ne-s et d'1 cuisinier-ère en diététique. Ils devaient le compléter, estimer le temps nécessaire pour le remplir, signaler les erreurs éventuelles et faire part de leurs suggestions.

5.7 Mesures

5.7.1 Variables étudiées pour établir l'état des lieux des pratiques en Suisse romande

- Variables descriptives des établissements inclus
 - Type d'établissement médical
 - Canton de l'établissement médical
 - Taille de l'établissement médical
 - Existence de protocoles, fiches technique, procédures pour les TM
 - Existence de protocoles, fiches technique, procédures pour les LE
 - Fusion entre les divers sites d'une structure
- Appellations des différentes TM
- Appellations des différents LE
- Similitudes et différences parmi les documents de référence des établissements
- Similitudes et différences parmi les références utilisées pour les cours donnés par les enseignant-e-s

5.7.2 Variables étudiées lors du FG

- Variables descriptives des participants
 - Profession
 - Type d'établissement où travaille le-la professionnel-le
 - Canton où travaille le-la professionnel-le
 - Nombre d'années de pratique de la profession
- Problématiques rencontrées dans la pratique face aux TM et aux LE ou à la prise en charge de la dysphagie
- Avantage(s) d'un consensus sur les TM et les LE
- Inconvénient(s) d'un consensus sur les TM et les LE
- Implantation du consensus en Suisse romande
- Forme et destinataires du questionnaire
- Pistes pour la réalisation du consensus romand

5.7.3 Variables mesurées par le questionnaire pour connaître le besoin d'un consensus en Suisse romande et pour compléter l'état des lieux

- Variables communes à tous les professionnels
 - Profession
- Variables communes aux prescripteur-trice-s³ des TM et des LE et aux fabricant-e-s des TM⁴
 - Nombre d'années de pratique
 - Type d'établissement où il-elle travaille
 - Canton de l'établissement où il-elle travaille
- Variables des enseignant-e-s
 - Filière(s) de formation où ils-elles enseignent

³ Les diététicien-ne-s, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les logopédistes sont dénommés prescripteur-trice-s des TM.

⁴ Les cuisinier-ère-s en diététique et les cuisinier-ère-s sont dénommés fabricant-e-s des TM.

- Variables des pratiques des TM et des LE complétant l'état des lieux
 - Présence de TM dans l'établissement
 - Nombre de TM dans l'établissement
 - Présence de texture(s) spécifique(s) à la dysphagie
 - Méthode(s) d'épaississement des liquides
 - Définition du degré de viscosité des liquides
 - Présence de protocoles ou fiches techniques dans l'établissement
 - Référence(s) utilisée(s) pour l'enseignement
 - Précision des critères de définition pour la prescription et la préparation des TM
 - Adaptation à de nouvelles pratiques en changeant de lieu de travail
- Variables définissant le besoin d'un consensus romand sur les TM et les LE
 - Adéquation des références utilisées par les enseignant-e-s
 - Problématique(s) rencontrée(s) lors de la préparation des cours
 - Satisfaction de la situation actuelle par rapport aux pratiques des TM et LE dans l'établissement ou la filière de formation des professionnels
 - Problématique(s) et avantage(s) de la situation actuelle en Suisse romande en lien avec l'état des lieux
 - Avantage(s) d'un consensus sur les TM et les LE
 - Inconvénient(s) d'un consensus sur les TM et les LE
 - Utilité d'un consensus suisse romand sur les TM et les LE
- Variables définissant les pistes pour la réalisation d'un consensus romand sur les TM et le LE
 - Pistes pour la réalisation du consensus
 - Connaissance des consensus étrangers

5.8 Analyse des résultats

5.8.1 Etat des lieux

Des analyses descriptives univariées ont été réalisées pour les variables de l'état des lieux à l'aide de graphiques et de résumés numériques. Les protocoles et les références utilisés dans l'enseignement ont été comparés.

5.8.2 Focus groupe

La discussion a été résumée à l'aide de l'enregistrement audio et des notes prises au cours du FG. Plusieurs écoutes ont été nécessaires afin de synthétiser le contenu dans un style narratif en fonction des variables du FG. Le FG n'a pas été retranscrit de façon *ad verbatim* car le but recherché de cette discussion ne justifiait pas de respecter de façon précise les propos et l'expression des participants [21].

5.8.3 Questionnaire

Les données du questionnaire (annexe 14) ont été analysées de façon univariée à l'aide du programme Google Drive[®]. Des graphiques et des résumés ont permis d'illustrer les résultats. Certaines variables descriptives de l'échantillon (ex : la profession, type d'établissement) ont été mises en lien avec d'autres variables afin d'obtenir des informations supplémentaires. Des variables ont été mises en lien avec l'utilité et la satisfaction de la situation actuelle pour tenter de déterminer leur

influence potentielle sur l'une et/ou l'autre. Le choix de ces variables a été fait selon des hypothèses des étudiantes investigatrices.

Les réponses des questions ouvertes et les réponses « autre » ont été analysées et regroupées par thèmes. Les réponses étaient jugées incompréhensibles par les investigatrices lorsque le sens ne pouvait être compris sans interprétation ou hors-sujet lorsqu'elles ne répondaient pas à la question initiale. Toutes les réponses « autre » ont été retranscrites dans un document (annexe XVI).

5.9 Ethique

L'anonymat des professionnels et des établissements médicaux inclus dans cette étude était garanti. Ni les noms ni les établissements n'ont été cités. Les protocoles, fiches techniques ou e-mails d'explication de l'état de lieux n'ont volontairement pas été mis en annexe pour ne pas être identifiés. Un consentement oral a été demandé aux participants du FG afin d'obtenir l'autorisation d'enregistrer la discussion. Tous les documents recensés lors de l'état des lieux ainsi que l'enregistrement du FG seront stockés de manière confidentielle chez les étudiantes investigatrices et éliminés dans 5 ans.

5.10 Ressources et budget

5.10.1 Ressources matérielles

Le Centre Médical Universitaire de Genève (CMU) et La HEdS ont mis à disposition leurs bibliothèques, leurs abonnements aux revues scientifiques, leurs locaux et leur matériel. Le CHUV a mis à disposition une salle et son matériel pour le déroulement de FG.

5.10.2 Ressources humaines

Directeur de travail ; Documentaliste de la HEdS ; socio-anthropologue, enseignant-chercheur HES-SO Genève

5.10.3 Budget

Commande gratuite de 20 articles payants, impression et photocopies 10cts/page.

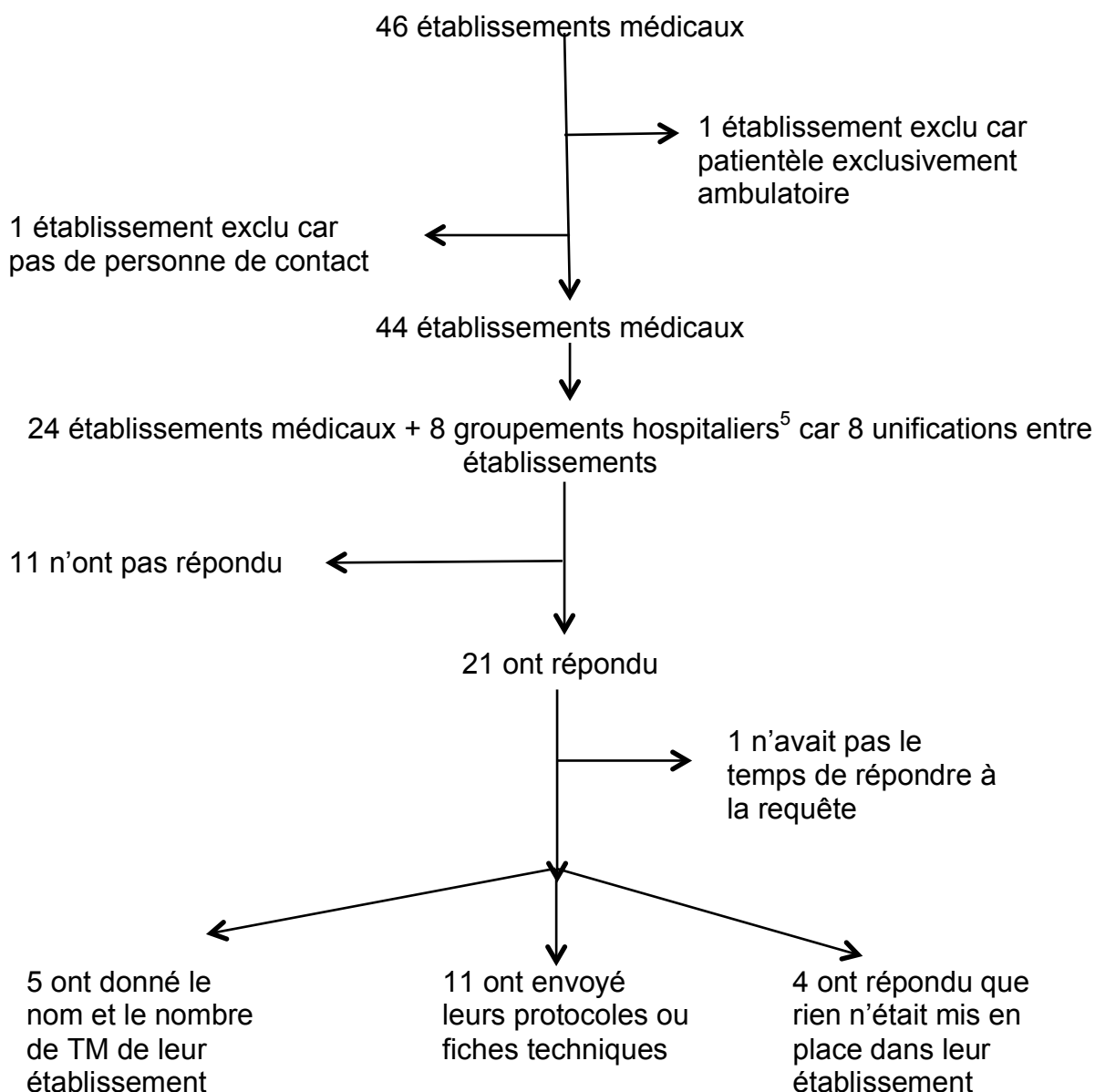
5.11 Bénéfices et risques

Cette étude ne comportait aucun risque pour les participants. Les bénéfices indirects ont été les échanges d'informations et d'expérience pour les participants du FG et la contribution à faire évoluer les pratiques professionnelles.

6 Résultats et analyse

6.1 Etat des lieux

6.1.1 Taux de participation



Le taux de réponses s'élevait à 66% pour les établissements médicaux et à 100% pour les enseignant-e-s. Sur les 20 établissements et groupements hospitaliers ayant répondu à la requête, 55% ont envoyé des protocoles ou fiches techniques, 25% ont donné le nom et le nombre de TM et 20% n'avaient rien mis en place. Les 11 protocoles ou fiches techniques représentaient en réalité 22 établissements médicaux. Les 8 unifications des établissements médicaux étaient cantonales.

⁵ Un groupement hospitalier constitue une entité qui regroupe plusieurs établissements médicaux.

6.1.2 Caractéristiques des établissements ayant répondu à la requête

Les 4 établissements médicaux ayant répondu que rien n'était mis en place dans leur établissement étaient 3 cliniques et 1 centre hospitalier privé. Les 5 établissements médicaux ayant fourni le nom et le nombre de TM étaient 2 cliniques, 1 CUTR (Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation), 1 EMS et 1 hôpital.

La moitié des établissements ayant envoyé des protocoles ou fiches techniques étaient établis dans le canton de Vaud. Seul le canton du Jura n'était pas représenté.

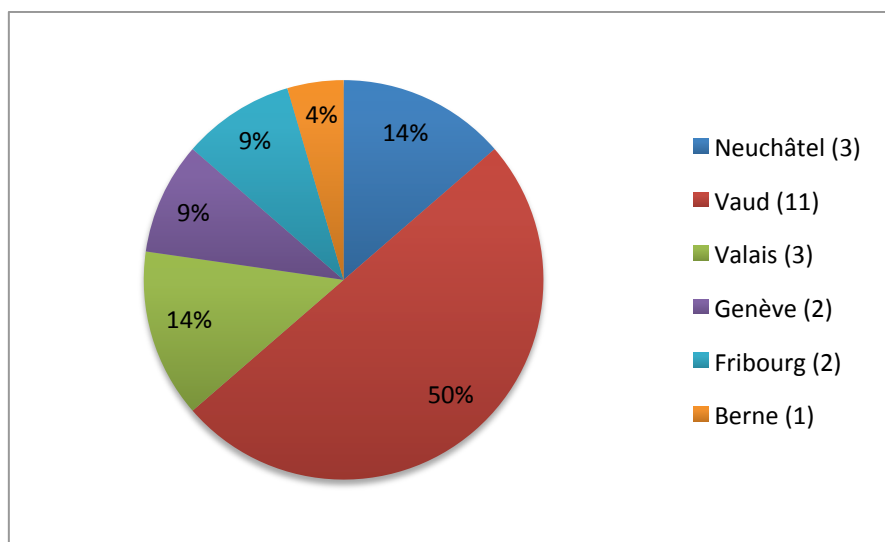


Figure 3: Cantons des établissements médicaux ayant envoyé leurs protocoles ou fiches techniques

Parmi les 11 protocoles, 6 (55%) provenaient de groupements hospitaliers. Ces derniers utilisaient les mêmes protocoles ou fiches techniques pour l'ensemble de leurs sites.

Tous les types d'établissements étaient représentés. Plus de la moitié des établissements médicaux ayant envoyé leurs protocoles ou fiches techniques était composée d'hôpitaux de soins aigus.

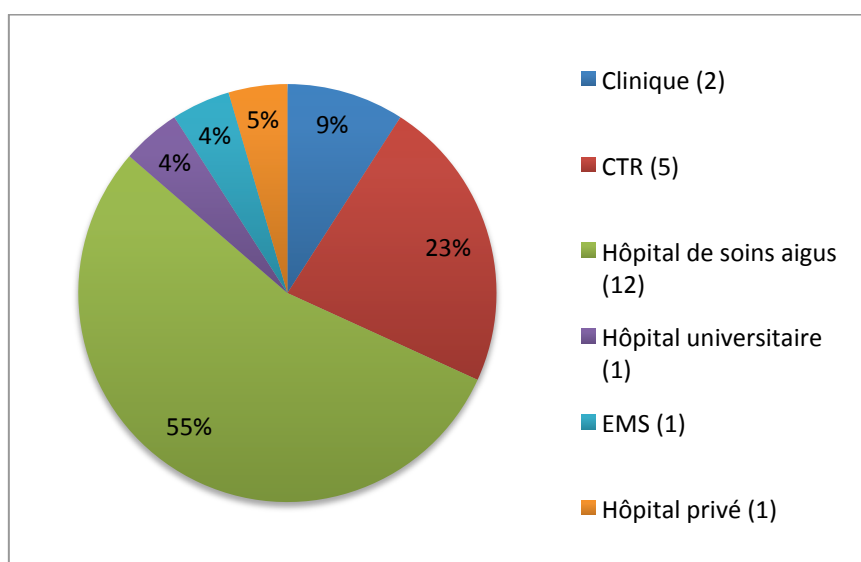


Figure 4: Type d'établissement d'où proviennent les protocoles ou fiches techniques

6.1.3 Similitudes et différences parmi les protocoles ou fiches techniques recensés

Les protocoles ou fiches techniques ayant été envoyés concernaient seulement les TM. Aucun document précis sur les LE n'a été envoyé. 2 des protocoles ou fiches techniques contenaient des informations quant à l'appellation et/ou à la définition des stades de viscosité des liquides. Les réponses des PF (e-mails accompagnant les protocoles ou fiches techniques) précisait que les établissements se basaient sur les emballages des poudres épaississantes pour la définition des stades de viscosité des liquides.

6.1.3.1 Nombre de TM et de LE

Le nombre minimum de TM était de 2 et le maximum de 8 par établissement. Le nombre récurrent était de 4.

Parmi les 2 protocoles ou fiches techniques qui donnaient des explications sur les LE, 2 stades de viscosité ont été recensés dans un et 3 dans l'autre.

6.1.3.2 TM spécifiques à la dysphagie

Parmi les 11 protocoles ou fiches techniques, 6 contenaient des TM spécifiques à la dysphagie et 5 n'en avaient pas. Les critères sécuritaires spécifiques à la dysphagie décrits étaient : les aliments doivent être mous, tendres, humides, écrasables à la fourchette, sans pépin, sans peau, sans croûte, sans graines, sans morceaux durs, pas collants, pas secs, pas filandreux, pas de double consistance, ne s'éparpillant pas en bouche, ne collant pas, qui ne sont pas épicés, ne blessant pas tels des cacahuètes ou des chips.

Parmi les 6 protocoles, 5 n'avaient qu'une seule TM spécifique à la dysphagie et 1 avait des critères spécifiques à la dysphagie pour chaque TM.

6.1.3.3 Forme des protocoles ou fiches techniques

Parmi les 11 protocoles ou fiches techniques, 3 mentionnaient les indications et les caractéristiques des TM mais pas les aliments interdits et autorisés. 2 indiquaient les aliments interdits et autorisés mais pas les indications et les caractéristiques des TM. 6 mentionnaient les indications, les caractéristiques et les aliments interdits et autorisés.

8 protocoles ou fiches techniques qui détaillaient les aliments autorisés et interdits pour chaque texture. La classification de ces aliments n'était pas identique. Certains tels que le riz dans la TM « haché » était parfois autorisé et parfois interdit.

Parmi les 2 protocoles ou fiches techniques qui mentionnaient les LE, 1 indiquait le nom des LE et 1 indiquait le nom des LE avec le nombre de cuillère à café nécessaire pour épaissir chaque stade de viscosité du liquide.

6.1.4 Appellations des TM et LE recensées dans les protocoles

Parmi les 11 protocoles ou fiches techniques récoltés, 27 appellations différentes pour les TM ont été recensées:

- Tendre
- Normal coupé
- Coupé
- Protégé coupé
- Coupé fin
- Coupé fin protégé
- Haché
- Haché protégé
- Haché logo
- Viande haché
- Haché fin
- Haché fin déglutition
- Mixé
- Mixé protégé
- Mixé déglutition
- Viande mixée
- Mixé/lisse
- Lisse
- Lisse déglutition
- Lisse-froid
- Semi-liquide
- Liquide
- Liquide déglutition
- Liquide froid
- Alimentation de protection des voies aériennes supérieures
- Alimentation sécurisée
- Alimentation texture normale dysphagie

Parmi 2 des 11 protocoles ou fiches techniques récoltés, 5 appellations pour les stades de viscosité des liquides ont été recensées:

- Miel liquide
- Nectar
- Compote liquide
- Flan
- Pudding

6.1.5 Références utilisées dans l'enseignement des TM et des LE

6.1.5.1 Filière de logopédie

Aucun cours spécifique aux TM ou aux LE n'était dispensé aux étudiants logopédistes, aucune référence ne sont utilisées pour les TM et LE. Les étudiants n'ont pas connaissance des différentes TM existantes, ils doivent s'adapter au choix de l'institution. Les poudres épaississantes et les aliments à privilégier ou à éviter pour optimiser la rééducation à la dysphagie sont passés en revue.

6.1.5.2 Filière cuisinier-ère-s en diététique

Les définitions et la terminologie des TM et LE de cette filière se basaient sur des critères de référence⁶ mis à jour régulièrement et validés chaque année par le Collège des experts cuisinier-ère-s en diététique, composé de cuisinier-ère-s en diététique travaillant dans différents établissements de Suisse romande. Ces critères doivent rester généraux et applicables en toutes circonstances. La présentation et l'art de préparer les TM sont des éléments clefs pour cette profession. Les définitions des consensus (Australie, Irlande, ...) sont passées en revue mais dans la pratique ne sont que peu utilisées car elles évincent l'art de présenter les mets. Les textures haché, mixé, lisse et liquide étaient vues en détail

6.1.5.3 Filière Nutrition et diététique

Les cours de cette filière se basaient sur les consensus étrangers d'Australie, d'Irlande, du Royaume-Uni, des Etats-Unis d'Amérique et sur la pratique des enseignants pour les définitions et la terminologie des TM et des LE.

⁶ Ces critères sont confidentiels, ils n'ont volontairement pas été joints au travail.

6.2 Focus groupe

6.2.1 Participation

Parmi les 25 professionnels identifiés pour qui l'e-mail a été transmis, 16 se sont inscrits via le Doodle® pour une ou plusieurs dates proposées, 5 n'ont pas répondu et 4 n'ont pas pu s'inscrire car aucunes des dates proposées ne convenaient. Par la suite, 3 personnes inscrites se sont désistées suite à l'annonce du lieu choisi, une distance trop longue était la raison invoquée. La date où le plus de professions étaient représentées a été retenue. 8 professionnels représentant toutes les professions incluses étaient inscrits à la date du 4 mars 2014. Un-e enseignant-e et un-e cuisinier-ère en diététique/ diététicien-ne se sont désistés le jour du FG.

6.2.2 Caractéristiques des participants du FG

Profession	Canton de l'établissement	Années d'expérience dans la profession
Soins aigus		
Diététicien-ne responsable	Vaud	10 ans
Diététicien-ne responsable	Vaud	30 ans
Diététicien-ne	Fribourg	20 ans
Diététicien-ne	Neuchâtel	10 ans
Ergothérapeute	Neuchâtel	10 ans
Soins palliatifs		
Chef de cuisine	Neuchâtel	20 ans

Tableau 1: Descriptif des participants du FG

6.2.3 Synthèse du FG en fonction des variables

La discussion a eu lieu dans le bâtiment du Bugnon 21 à Lausanne et a durée 1h30.

6.2.3.1 Problématiques rencontrées dans la pratique face aux TM et aux LE ou à la prise en charge de la dysphagie.

La terminologie non-uniforme pose de nombreux problèmes car les soignants peuvent nommer une TM de différente manière. Ce langage non-commun peut porter atteinte à la sécurité du patient si la TM n'est pas adaptée à ses besoins. Les représentations individuelles des définitions de chaque TM peuvent aussi poser problème.

Les soignants ont une méconnaissance de l'importance des TM et des LE dans la prise en charge de la dysphagie. Ils ne sont pas sensibilisés aux risques encourus par les patients si la TM ou le LE ne sont pas adaptés au patient. Par exemple, les

soignants disent que les patients « glougloutent » ou qu'ils ont une pneumonie alors qu'il s'agit de fausses routes.

Le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge de la dysphagie dans les établissements médicaux n'est pas clairement défini et la rend plus compliquée. Dans les établissements médicaux plusieurs soignants peuvent adapter les TM sans qu'ils aient toutes les connaissances nécessaires pour prescrire la TM adaptée au patient.

Les transferts de patients d'un établissement médical à un EMS, peuvent être problématiques car les protocoles ou fiches techniques y seraient moins précis et la sécurité du patient vis-à-vis de la texture serait diminuée.

6.2.3.2 *Avantages et inconvénients d'un consensus sur les TM et les LE*

L'uniformisation du langage de tous les professionnels constituerait l'avantage principal. Elle permettrait de diminuer le risque d'erreurs lors de prescription et de la préparation des TM et des LE. Les établissements qui n'auraient pas de protocoles ou fiches techniques pourraient prendre ce consensus « clé en main ».

L'implantation du consensus serait la difficulté principale. Le consensus ne serait pas obligatoire et les habitudes de pratiques des professionnels peuvent être difficiles à modifier.

6.2.3.3 *Implantation du consensus en Suisse romande*

Les participants pensent qu'en théorie, le consensus pourrait être implanté mais qu'en pratique ce serait moins évident, car tous les établissements de soins ne possèdent pas les mêmes ressources humaines ou matérielles et n'ont pas forcément les mêmes besoins (type de patient pris en charge). De plus, l'utilisation du consensus ne serait pas obligatoire, ce qui peut limiter son implantation.

Afin que l'implantation soit optimale, le consensus devrait être adaptable pour chaque établissement, les critères de définition de chaque TM et LE devraient être clairs et précis et la reproductibilité des TM et des LE devrait être possible dans chaque établissement médicaux même si les infrastructures et les ressources ne sont pas les mêmes.

6.2.3.4 *Forme et destinataires du questionnaire*

Le questionnaire envoyé aux professionnels doit être spécifique au rôle de chaque profession pour que les participants se sentent concernés et qu'ils puissent y répondre sans perdre de temps. Cette méthode permettrait d'augmenter le taux de participation et les réponses récoltées seraient plus intéressantes car chaque professionnel répondra aux questions qui concernent ses compétences avec un regard de spécialiste.

Chaque professionnel intervient dans différents domaines lors de la prise en charge de la dysphagie (prescription/préparation/adaptation des TM et LE) par conséquent, il serait important d'avoir un regard global avec des questions communes pour tous les professionnels, tout en laissant la possibilité de ne pas y répondre s'il trouve que la question sort de son champ de compétence.

6.2.3.5 *Pistes pour la réalisation d'un consensus romand*

Le consensus pourrait être fait de deux manières, soit chaque TM serait systématiquement définie avec des critères sécuritaires visant à éviter ou limiter le risque de fausses routes, soit chaque TM aurait son équivalent adapté à la dysphagie (ex : mixé et mixé dysphagie). La première solution permettrait d'avoir une

visée sécuritaire car même les patients n'étant pas diagnostiqués dysphagiques bénéficieraient des critères sécuritaires. Néanmoins, de nombreuses restrictions s'ajouteraient pour la TM avec cette solution. Les cuisinier-ère-s pourraient avoir de la difficulté à varier les plans de menus et seraient davantage limités dans leur créativité. La deuxième solution augmenterait le nombre de menus que les cuisiniers devraient préparer ce qui pourrait être problématique suivant les ressources (humaines et matérielles) disponibles de l'établissement. En revanche, la deuxième solution comporterait moins de restrictions pour la texture en elle-même et pour la créativité des cuisinier-ère-s.

Les patients atteints de dysphagie qui résident dans des EMS ont souvent une alimentation à TM depuis plusieurs années et si toutes les TM ont des critères sécuritaires, les patients seraient plus à risque de dénutrition.

6.2.3.6 Conclusion du FG

Le consensus sur les TM et LE en Suisse romande serait un outil utile malgré une implantation qui pourrait être longue et compliquée. Il faudra être attentif aux besoins des établissements qui ne sont pas uniformes selon le type de patientèle et des objectifs de l'hospitalisation ou du séjour.

Les participants estiment que les variables proposées permettent d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les TM et les LE.

6.3 Questionnaire

6.3.1 Taux de participation

Le lien url du questionnaire a été envoyé par e-mail à 121 professionnels, parmi lesquels comptaient :

- 29 responsables diététicien-ne-s
- 41 responsables cuisine
- 22 référent-e-s de la dysphagie
- 21 ancien-ne-s étudiant-e-s de la filière cuisinier-ère-s en diététique
- 5 enseignant-e-s des TM et LE ou de la prise en charge de la dysphagie
- 3 professionnels inscrits pour participer au FG ne travaillant pas dans l'un des 43 établissements médicaux.

Les e-mails, dans lesquels les responsables devaient indiquer à combien de collègues ils avaient transmis le questionnaire, ont permis d'identifier 124 professionnels supplémentaires :

- 23 référent-e-s de la dysphagie
- 58 diététicien-ne-s
- 8 cuisinier-ère-s
- 35 professionnels dont la profession n'a pas été spécifiée

Le taux de participation s'élevait à 65% (159 réponses) en ne comptant que les professionnels (245) ayant reçu le lien url du questionnaire identifiés.

6.3.2 Caractéristiques des participants

Parmi les 159 participants, les prescripteur-trice-s des TM et des LE représentaient 58% des participants, les fabricant-e-s des TM et des LE 31%, les enseignant-e-s 3% et les autres professionnels 8% (annexe 15). Parmi les prescripteur-trice-s, les diététicien-ne-s représentaient 38% des participants et les référent-e-s de la dysphagie 20%.

Parmi les 12 participants qui avaient une profession « autre » se trouvaient :

- 5 chef-fe-s de cuisine dont 2 cuisinier-ère-s en diététique
- 1 étudiant-e en diététique
- 1 IRUS (infirmier-ère responsable d'une unité spécifique)
- 2 infirmier-ère-s
- 2 médecins
- 1 médecin neurologue

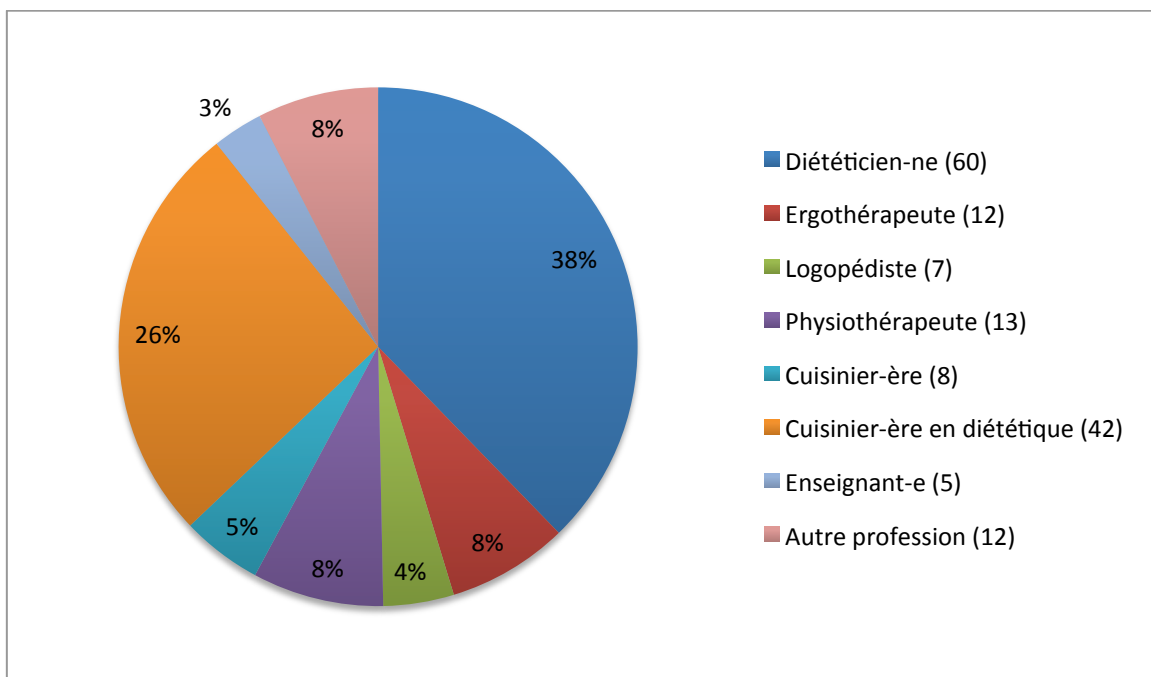


Figure 5: Profession des participants

41% des participants exerçaient depuis plus de 15 ans dans leur métier respectif, 14% entre 11 et 15 ans, 23% entre 5 et 10 ans et 22% entre 0 et 4 ans.

La majorité des diététicien-ne-s, des fabricant-e-s des TM et des autres professionnels avaient plus de 15 années d'expérience. Seule la majorité des référent-e-s de la dysphagie se situait entre 5 et 10 ans.

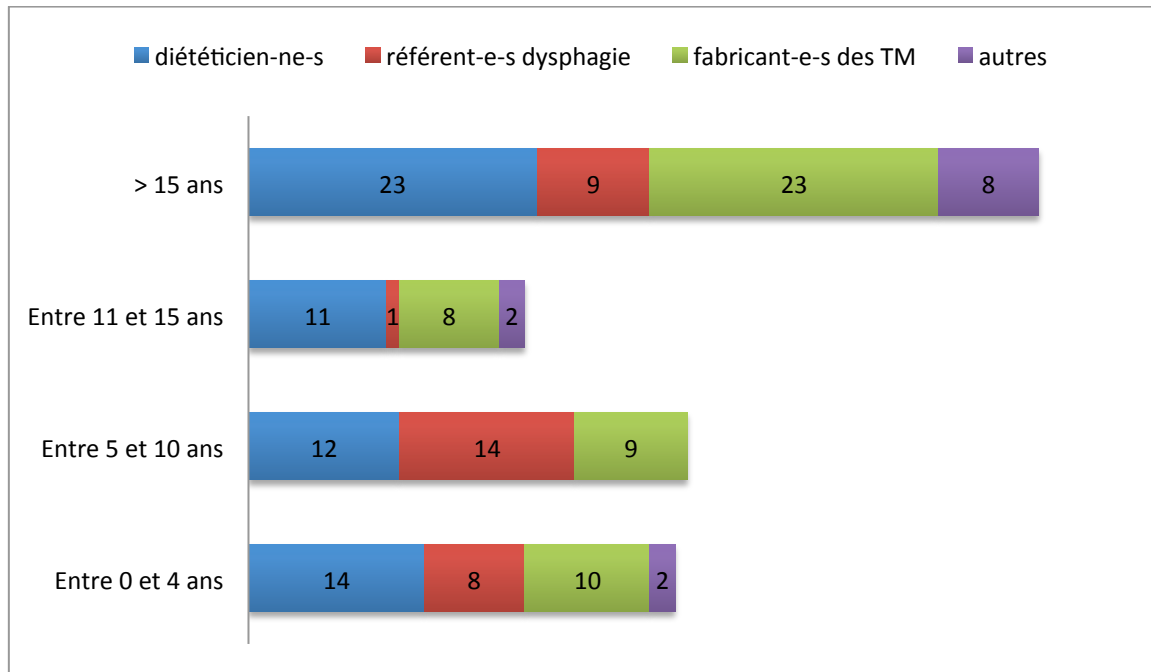


Figure 6: Nombre d'années d'expérience des professionnels dans leur métier

59% des participants travaillaient dans un hôpital, 10.5% dans un CTR (Centre de traitement et de réadaptation), 7% dans un EMS, 10,5% dans une clinique, 9% dans un hôpital universitaire et 4% dans d'autres types d'établissements.

65% des diététicien-ne-s travaillaient dans un hôpital, 15% dans une clinique et 5% dans un EMS, 5% dans un CTR, 5% dans un hôpital universitaire et 5% dans d'autres établissements.

60% des référent-e-s de la dysphagie travaillaient dans un hôpital, 31% dans un CTR, 6% dans un hôpital universitaire, 3% dans un EMS. Les référent-e-s de la dysphagie n'étaient pas représentés dans les cliniques.

56% des fabricant-e-s des TM travaillaient dans un hôpital, 14% dans un hôpital universitaire, 10% dans un EMS, 8% dans une clinique et 6% dans un CTR et dans un autre établissement.

42% des autres professions travaillaient dans un hôpital, 25% dans une clinique, 17% dans un EMS et 17% dans un hôpital universitaire.

Parmi les 6 réponses « autre », 1 a été jugée incompréhensible. Les autres lieux de travail des professionnels étaient:

- 2x CUTR
- Hôpital universitaire + clinique
- Garderie
- Haute école de santé + entreprise

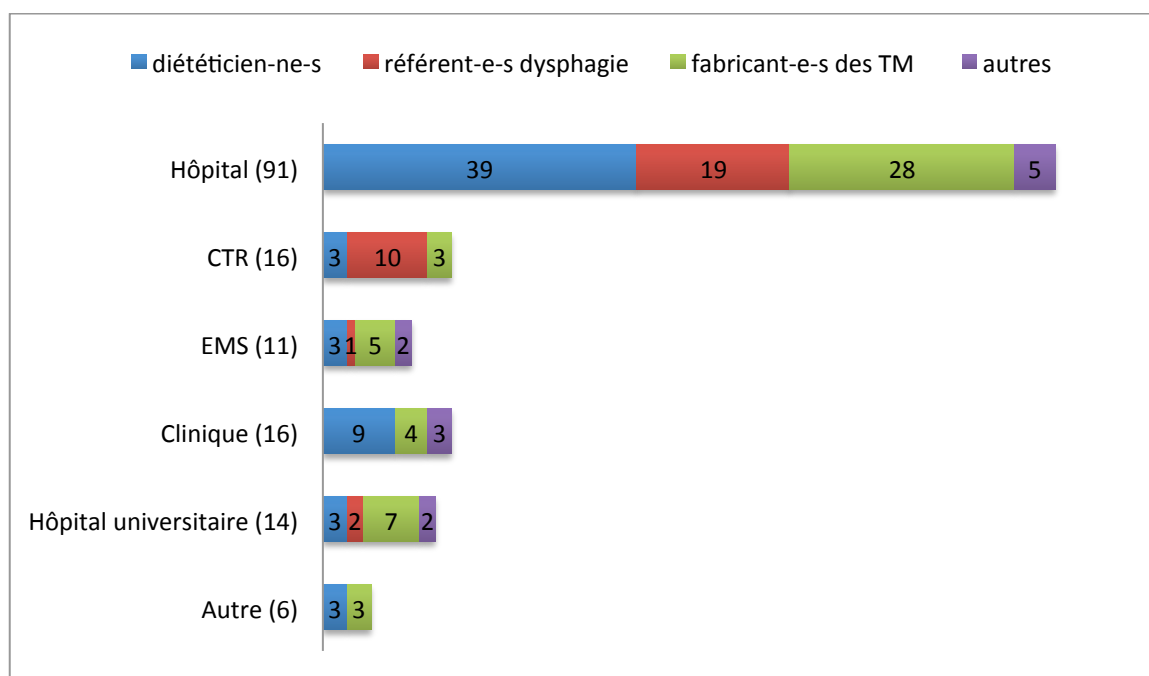


Figure 7: Lieu de travail des professionnels

Parmi les 5 enseignant-e-s qui ont répondu au questionnaire, 4 d'entre eux dispensaient des cours dans la filière de Nutrition et diététique, 2 dans la filière des cuisinier-ère-s en diététique et 1 dans la filière logopédie. 2 des enseignant-e-s dispensaient des cours dans 2 filières différentes.

Tous les cantons romands étaient représentés.

Parmi les 3 réponses « autre » se trouvaient 2 professionnels qui travaillaient à la fois sur le canton de Vaud et du Valais et 1 qui travaillait dans le canton de Berne.

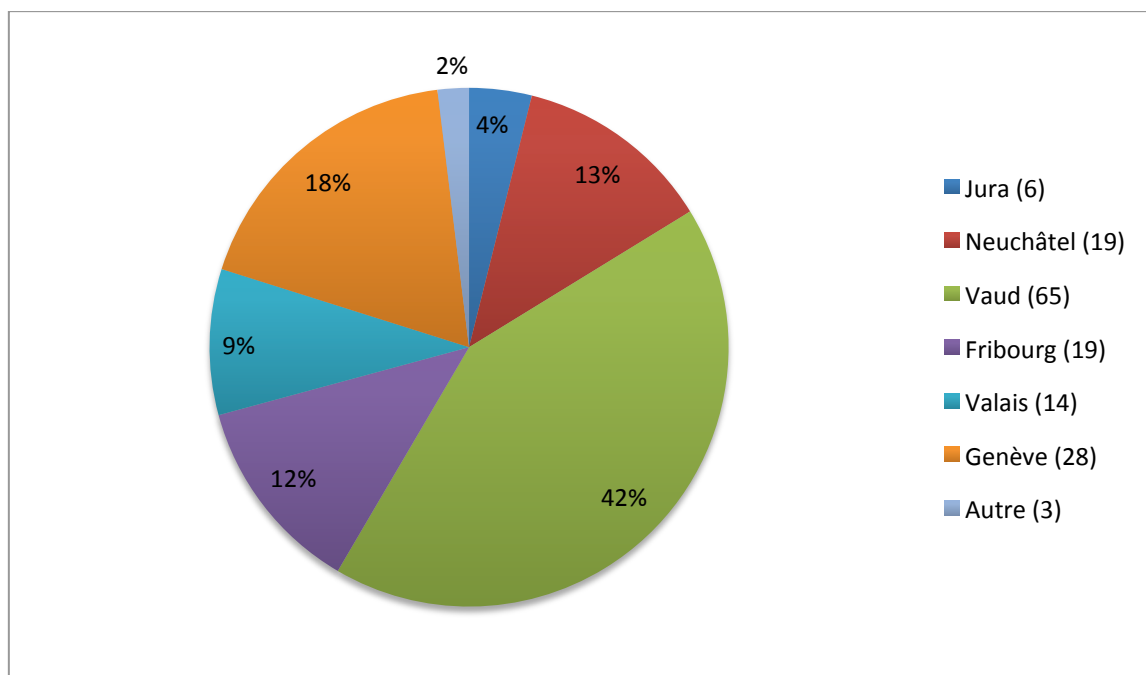


Figure 8: Canton où se situaient les établissements des professionnels

6.3.3 Pratiques des TM et des LE en Suisse romande

6.3.3.1 Textures modifiées

6.3.3.1.1 Présence et nombre de TM

152 (99%) participants⁷ ont répondu qu'il existait des TM au sein de leurs établissements médicaux et 2 participants (1%) ont répondu qu'il n'en existait pas. Les deux participants qui n'avaient pas de TM dans leur établissement étaient un-e cuisinier-ère travaillant dans une clinique et un cuisinier-ère en diététique travaillant dans une entreprise et dans l'enseignement.

La majorité (71%) des participants ont répondu qu'il existait entre 3 et 5 TM. Le nombre récurrent de TM était 5.

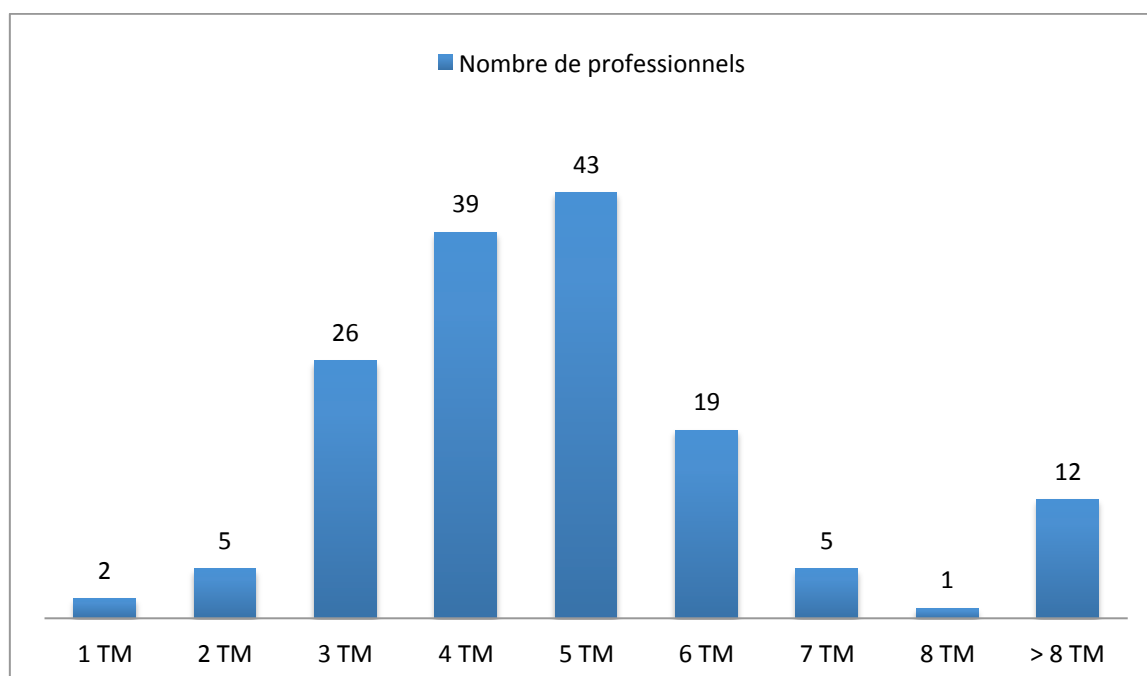


Figure 9: Nombre de TM dans les établissements des professionnels

⁷ Les questions sur les TM ont été posées à tous les participants sauf aux enseignant-e-s, le total des réponses était de 154.

Dans les EMS, il y avait un nombre moins important de TM (entre 3-5). C'est essentiellement dans les hôpitaux que se trouvaient le plus grand nombre de TM (entre 6-8).

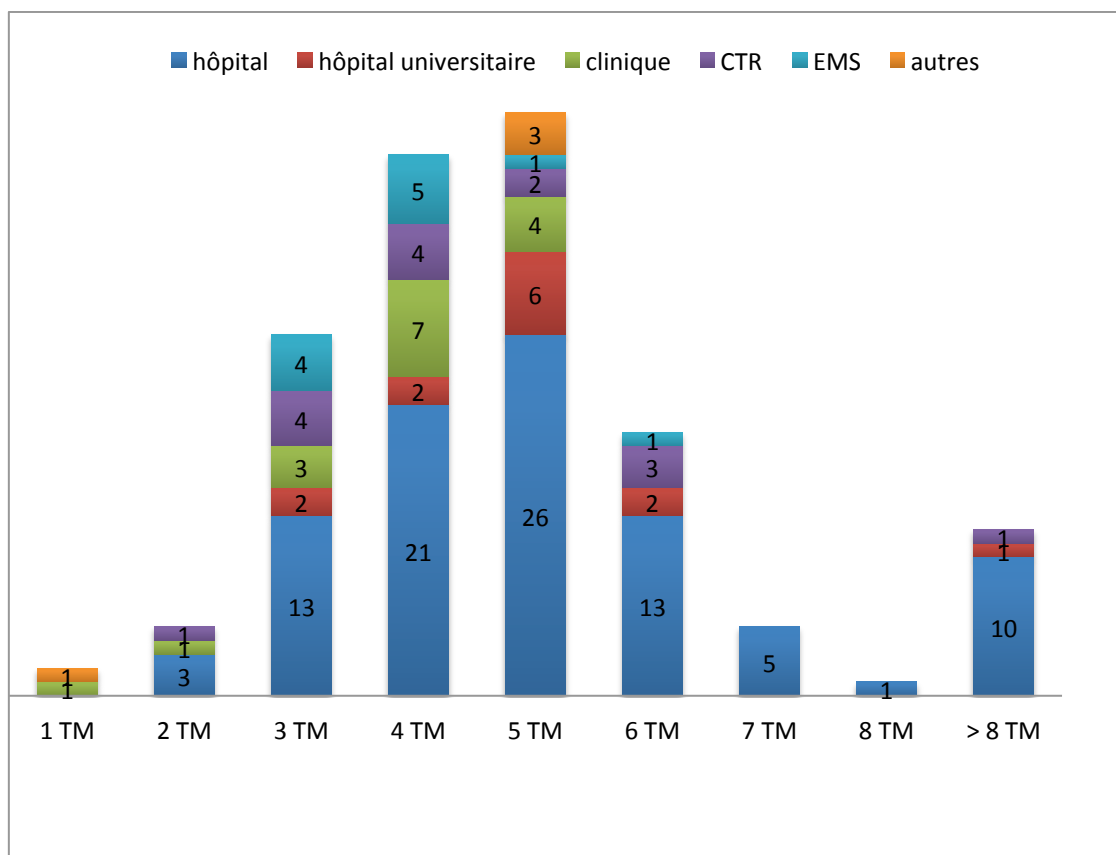


Figure 10: Nombre de TM en fonction du type d'établissement médical

6.3.3.1.2 TM spécifiques à la dysphagie

82 (79%) prescripteur-trice-s⁸ ont répondu qu'il existait des TM spécifiques à la dysphagie au sein de leurs établissements médicaux, 16 (15%) qu'il n'en n'existait pas, et 6 (6%) ne savaient pas. Tous les types d'établissements avaient des TM spécifiques à la dysphagie. Les EMS étaient le type d'établissement qui proposaient le moins de TM spécifiques à la dysphagie (66%) et les hôpitaux universitaires le plus (100%).

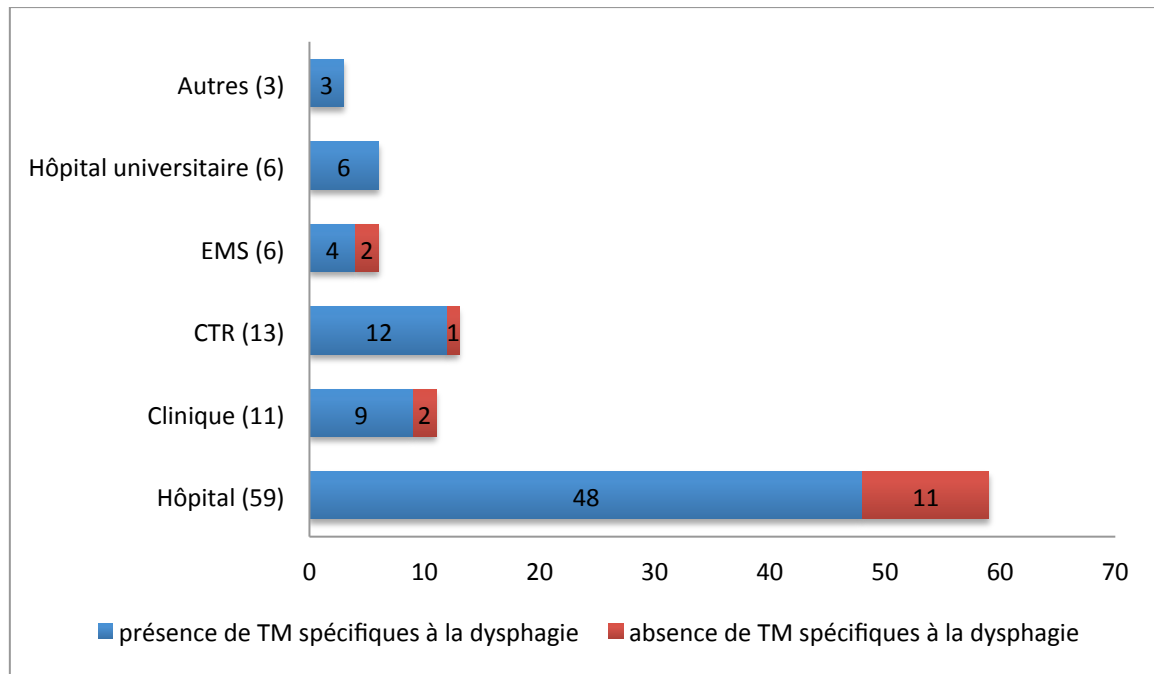


Figure11: Types d'établissement et présence de TM spécifiques à la dysphagie

⁸ Question spécifique aux prescripteur-trice-s des TM (104).

6.3.3.2 Précision des critères de définition des TM pour les professionnels

Parmi les 152 participants dont l'établissement proposait des TM, 68% trouvaient que les critères de définition des TM étaient assez précis pour prescrire ou préparer les TM et 32% trouvaient qu'ils ne l'étaient pas. 91% des fabricant-e-s des TM trouvaient que les critères étaient assez précis. 37% des diététicien-ne-s et 28% des référent-e-s de la dysphagie trouvaient que les critères n'étaient pas assez précis.

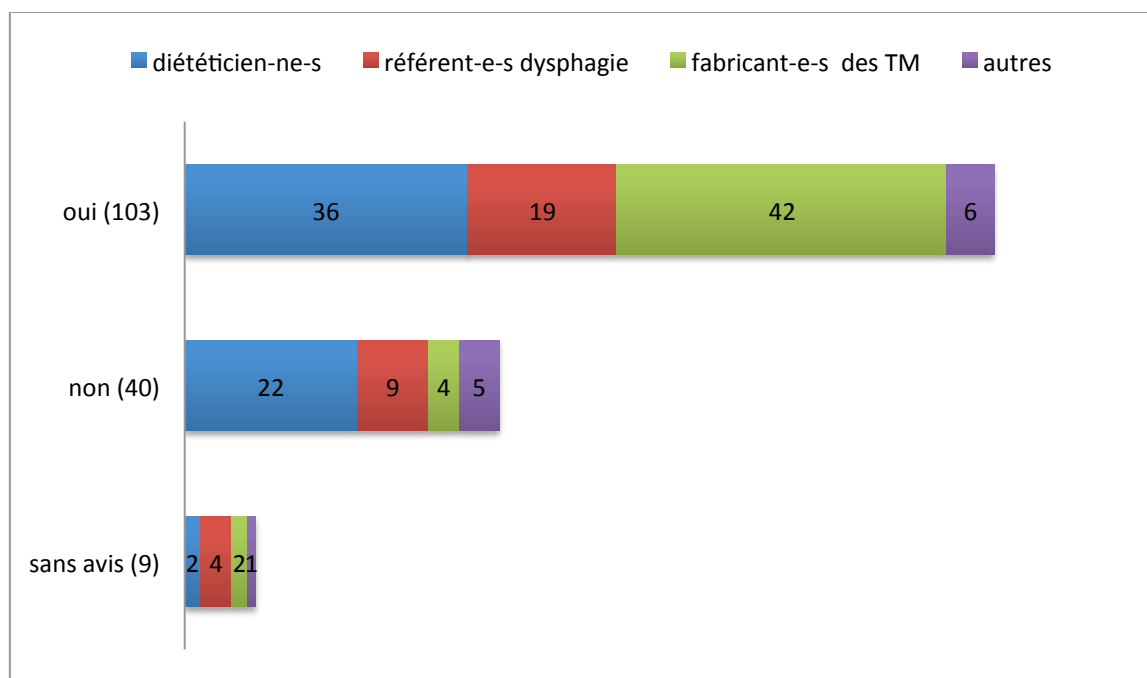


Figure 12: Précision des critères de définition des TM pour les professionnels.

6.3.3.3 Liquides épaissis

Parmi les 104 prescripteur-trice-s des TM⁹, 101 (97%) ont répondu que les LE étaient épaissis au sein de leur établissement lors de dysphagie chez les patients, 1 (1%) a répondu qu'ils n'étaient pas épaissis et 2 (2%) ne savaient pas.

La totalité des prescripteur-trice-s a indiqué que la poudre épaississante était utilisée pour épaissir les boissons et 11 d'entre eux ont ajouté d'autres méthodes d'épaississement. Les autres méthodes mentionnées étaient les suivantes :

- 3x eau gélifiée déjà prête
- coca, thé déjà prêts
- réponse confidentielle
- 2x gélatine
- Clinutren[®]
- liant
- 2x SNO épaissis stade I et II

La définition du degré de viscosité des boissons avec la poudre épaississante étaient faite majoritairement (42%) selon les modalités de préparation de celle-ci. 18.5% épaississaient selon les recommandation en vigueur de l'établissement, 15% ont

⁹ Les questions concernant les LE ont été posées aux prescripteur-trice-s des TM (104).

répondu que rien n'était défini, 6% ne savait pas et 18.5% ont donné d'autres modalités. Parmi les 19 réponses « autre », 1 a été jugée incompréhensible. Les autres façons de définir le degré de viscosité des boissons étaient les suivantes :

- 13x selon les recommandations, l'avis des logopédistes ou des thérapeutes de la déglutition qui procèdent à une évaluation de la déglutition adaptée au patient
- 2x si pas de logopédiste, l'infirmier dose la poudre à utiliser
- 2x avec un test à l'eau, aux liquides

Tous les référent-e-s de la dysphagie connaissaient la manière dont était définie le degré de viscosité des boissons. 60% d'entre eux ont répondu épaissir selon les recommandations en vigueur dans l'établissement ou ont donné d'autres façons de définir le degré de viscosité et 26% selon les modalités de la poudre épaississante. A l'inverse, 51% des diététicien-ne-s ont répondu se référer aux modalités de la poudre épaississante et 25% selon les recommandation en vigueur dans l'établissement ou selon d'autre modalités.

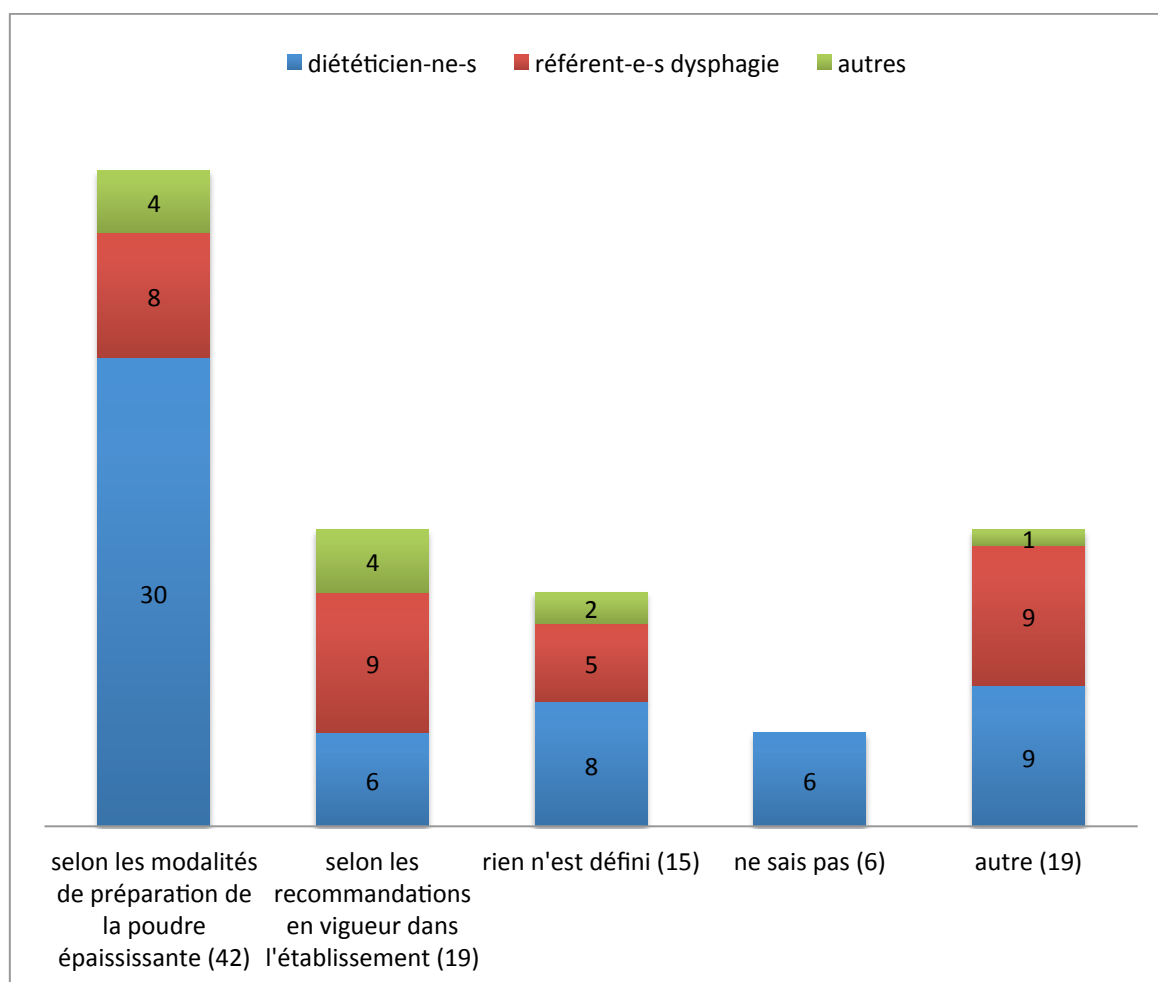


Figure 13: Définition du degré de viscosité des liquides

6.3.3.4 Terminologie des TM et LE lors de changement d'établissement médical

Parmi les 138 professionnels^{10,11} plus de la moitié (62%) avaient déjà changé d'établissement médical au cours de leur carrière professionnelle. Les diététicien-ne-s, les fabricant-e-s des TM et les autres professionnels étaient plus de la moitié à avoir déjà changé de lieu de travail (65%, 62% et 90%). Seul-e-s les référent-e-s de la dysphagie étaient moins de la moitié à avoir changé d'établissement (42%).

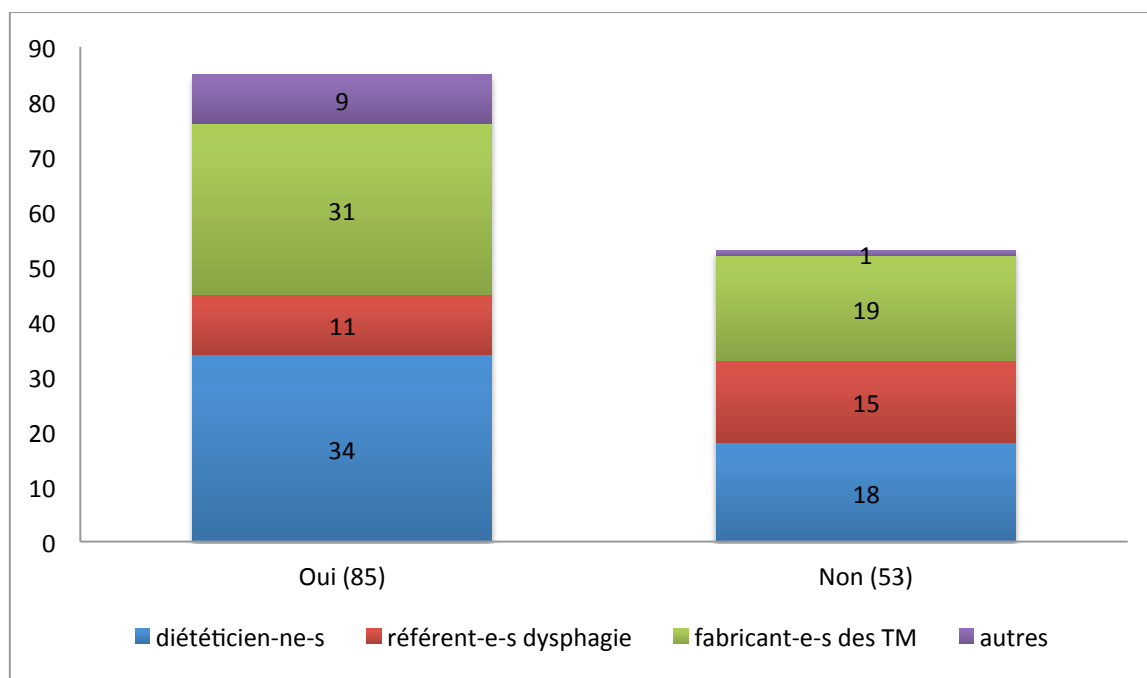


Figure 14 : Changement d'établissement médical au cours de la carrière des prescripteur-trice-s et des fabricant-e-s des TM

¹⁰ Questions communes aux prescripteur-trice-s et aux fabricant-e-s des TM.

¹¹ Le total des réponses aurait dû être de 154 alors qu'il était de 138 (cf. point 7.4.2).

75% des professionnels qui avaient changé de lieu de travail avaient dû s'adapter à de nouvelles terminologie ou pratiques concernant les TM et les LE. Les fabricant-e-s des TM étaient ceux qui avaient dû changer le plus de terminologie ou de pratiques (93%).

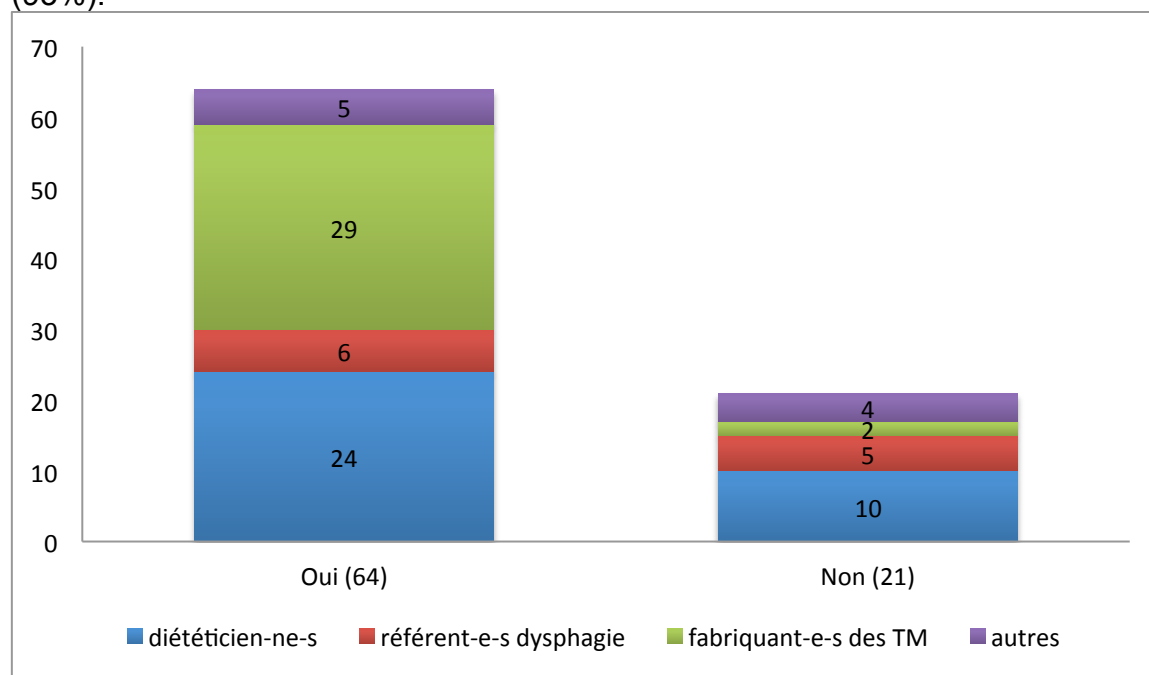


Figure 15: Changement de terminologie et/ou de pratiques concernant les TM et LE en changeant d'établissement médical

6.3.3.5 Présence de protocoles ou de fiches techniques dans les établissements des professionnel-le-s

Parmi les 152 participants ayant répondu qu'il existait des TM au sein de leur établissement, 112 (74%) ont répondu que leur établissements possédaient des protocoles ou fiches techniques, 30 (20%) qu'ils n'en possédaient pas et 10 (6%) ne savaient pas.

Tous les types d'établissements possédaient des protocoles ou fiches techniques. 25% des CTR n'avaient pas de protocoles ou de fiches techniques, 40% des EMS, 46% des cliniques, 8% des hôpitaux universitaires et 15% des hôpitaux.

Les EMS et les cliniques étaient les deux types d'établissements qui avaient proportionnellement le moins de protocoles ou de fiches techniques et les hôpitaux universitaires étaient ceux qui en avaient le plus (92%).

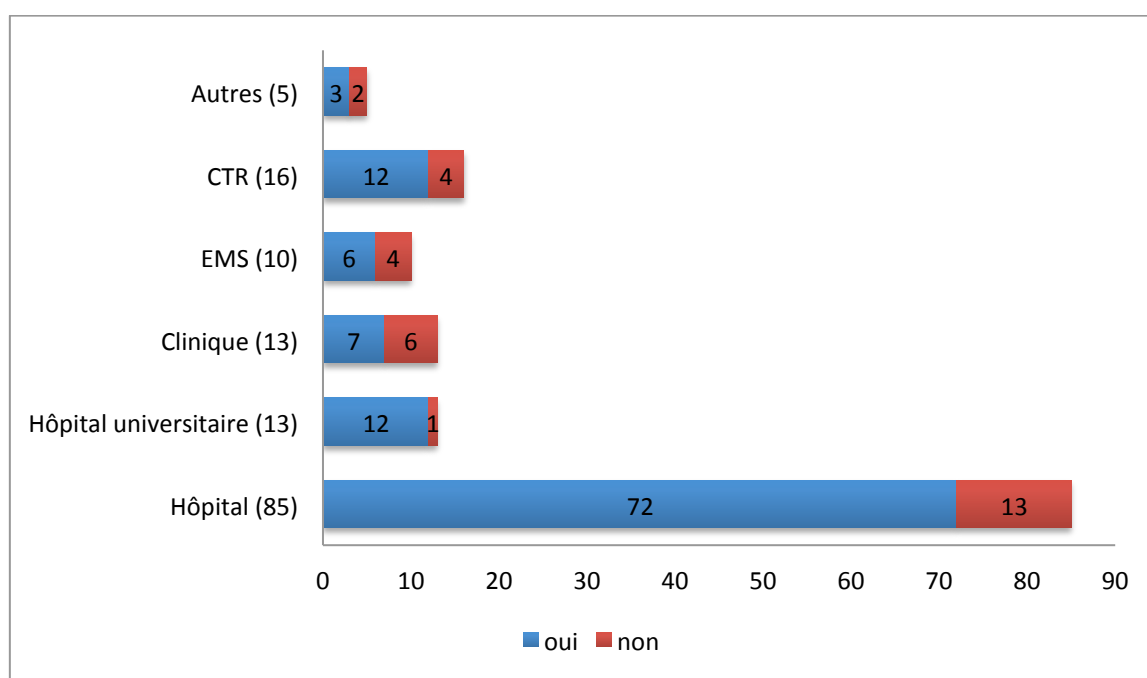


Figure 16: Type d'établissements et présence de protocoles ou de fiches techniques

6.3.3.6 Références utilisées pour l'enseignement des TM et de LE

Les références utilisées par les enseignant-e-s des TM et LE ou de la prise en charge de la dysphagie n'étaient pas uniformes. 3 enseignant-e-s utilisaient des références provenant d'établissements médicaux, 4 se référaient aux consensus d'autres pays et 1 n'utilisait pas de référence. 1 référence « autre » était utilisée par 1 des enseignants mais a été éliminée car la réponse a été jugée incompréhensible. 3 des enseignant-e-s se basaient à la fois sur des références d'un établissement médical et sur les consensus étrangers.

6.3.4 Besoin d'un consensus

6.3.4.1 *Adéquation des références utilisées pour l'enseignement des TM et des LE*

Parmi les 5 enseignant-e-s, 3 trouvaient que les références utilisées étaient adaptées, 1 peu adaptées et 1 était sans avis. Personne ne trouvait les références très adaptées ni pas adaptées.

Les enseignant-e-s trouvaient que les références étaient adaptées car :

- elles représentaient une synthèse de la pratique des établissements médicaux où vont les étudiant-e-s.
- elles étaient développées et améliorées au fil du temps. (amélioration en continue).
- les références internationales pouvaient être adaptées au contexte local.
- 1 réponse a été jugée hors sujet.

L'enseignant-e trouvait que les références étaient peu adaptées car :

- les aliments des références internationales ne correspondent pas aux habitudes de consommation en Suisse.
- la langue de présentation des références internationales n'est pas le français.

6.3.4.2 *Problématique(s) rencontrée(s) lors de la préparation des cours sur les TM et les LE*

Parmi les 5 enseignant-e-s, 2 avaient déjà été confronté-e-s à des problématiques lors de la préparation des cours sur les TM et les LE. Les 3 autres n'avaient pas rencontré de problématiques.

Les problématiques rencontrées étaient les suivantes:

- difficulté de préparer les étudiants à leur premier stage car il n'existait pas de repères précis concernant les TM et les LE alors que les étudiants en avaient besoin.
- difficulté de faire des liens entre les recommandations théoriques et la pratique car celles-ci différaient d'un établissement à un autre.

6.3.4.3 Satisfaction de la situation actuelle des pratiques des TM et LE au sein de l'établissement/filière de formation

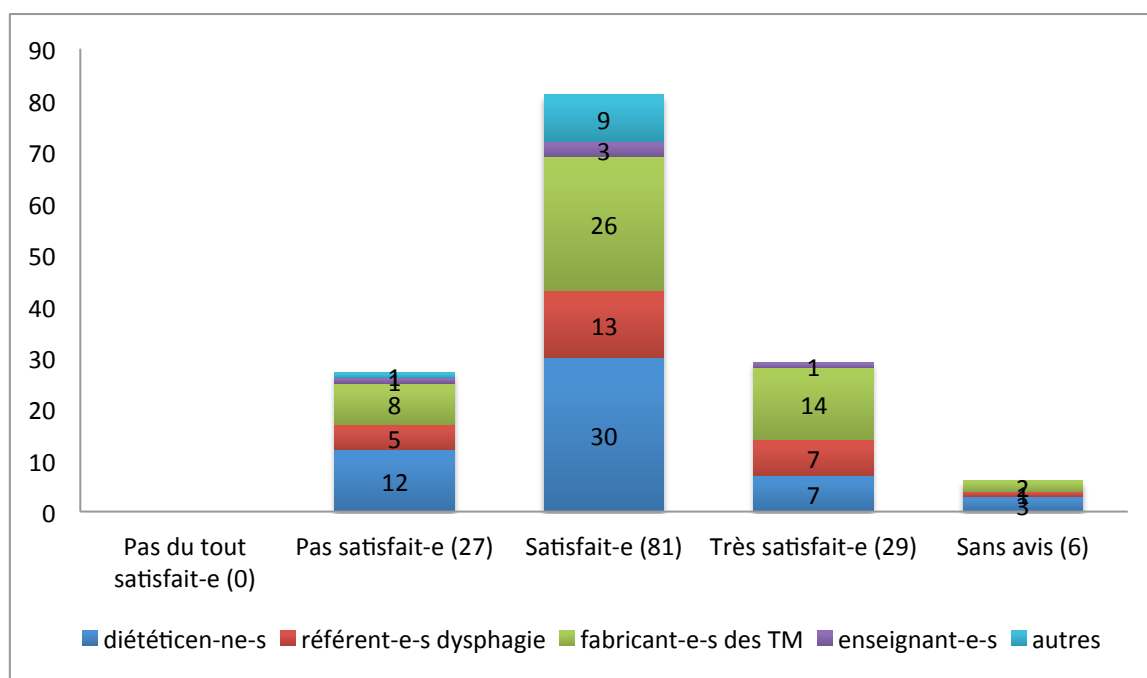


Figure17: Satisfaction de la situation actuelle au sein de de l'établissement/filière ¹²

20% des participants étaient très satisfaits de la situation actuelle dans leur établissement, 57% satisfaits, 19% pas satisfaits et 4% étaient sans avis. Aucun participant n'était pas du tout satisfait. Les professionnels les plus satisfaits étaient les fabricant-e-s des TM (30% très satisfaits, 52% satisfaits) et les moins satisfaits, les diététicien-ne-s (23% pas satisfaits).

Parmi les 110 réponses ou parties de réponses des participants satisfaits ou très satisfaits, 4 ont été jugées hors-sujet et 5 incompréhensibles. Les raisons de la satisfaction des professionnels étaient les suivantes :

- 33x présence de protocoles ou de fiches techniques qui permettent d'unifier les pratiques
- 32x travail interdisciplinaire
- 13x TM et LE proposés correspondaient aux besoins des patients de l'établissement
- 24x TM et LE adaptés au cas par cas et en fonction des demandes spécifiques
- 9x visuel et/ou goût satisfaisants des différentes TM
- 9x situation globale
- 7x unifications cantonales
- 6x large palette de TM dans l'établissement
- TM travaillées par les logopédistes

Parmi les 81 réponses ou parties de réponses des participants satisfaits, les raisons faisant que les participants n'étaient pas totalement satisfaits étaient les suivantes :

¹² Question commune à tous les participants. Le total des réponses aurait dû être de 159 alors qu'il était de 143 (cf point 7.4.2).

- 6x manque de formation et/ou de sensibilisation aux problématiques de la dysphagie ce qui engendre un manque de rigueur dans l'application des directives concernant les TM et les
- protocoles en phase de test, à voir sur le long terme
- manque d'informations dans les fiches techniques pour les indications de chaque TM
- manque de définitions précises et communes concernant les TM
- plus il y a de textures plus il y a d'erreurs potentielles

Parmi les 27 réponses ou parties de réponses, les raisons de l'insatisfaction des participants étaient les suivantes :

- 7x manque de protocoles ou de fiches techniques dans l'établissement
- 7x manque d'implication et de formation au niveau des TM et des LE des professionnels
- 3x palette de TM pas assez large pour couvrir les besoins des patients
- 3x manque de clarté et de précision des TM
- 3x goût et visuel des TM non satisfaisants
- 2x rôle des professionnels pas clairement défini dans la prise en charge de la dysphagie
- difficulté d'adapter les TM et les LE pour les demandes spécifiques dans les grands établissements
- manque de communication entre les différents professionnels de santé
- manque de preuves scientifiques autour des TM et des LE

6.3.4.4 Synthèse de l'état des lieux

L'état des lieux¹³ recensait 27 appellations différentes pour les TM et 5 appellations pour les LE. Les professionnels ont approuvé les problématiques proposées en moyenne à 62%. Seuls 6% des participants ne voyaient pas de problèmes à la situation des pratiques des TM et LE de la Suisse romande. 6% ont mentionné d'autres problématiques.

Parmi les 10 réponses ou parties de réponses « autre », 3 ont été jugées hors-sujet, 2 incompréhensibles 3 ont été éliminées car les participants n'avaient pas compris la synthèse de l'état des lieux et 1 avait le même sens que l'une des problématiques proposées. Les autres problématiques relevées étaient :

- le manque de crédibilité des professionnels
- incompréhension des termes, des appellations par les autres professionnels
- risque de confusion pour les professionnels
- trop de complexité pour la cuisine, les professionnels ou l'entourage

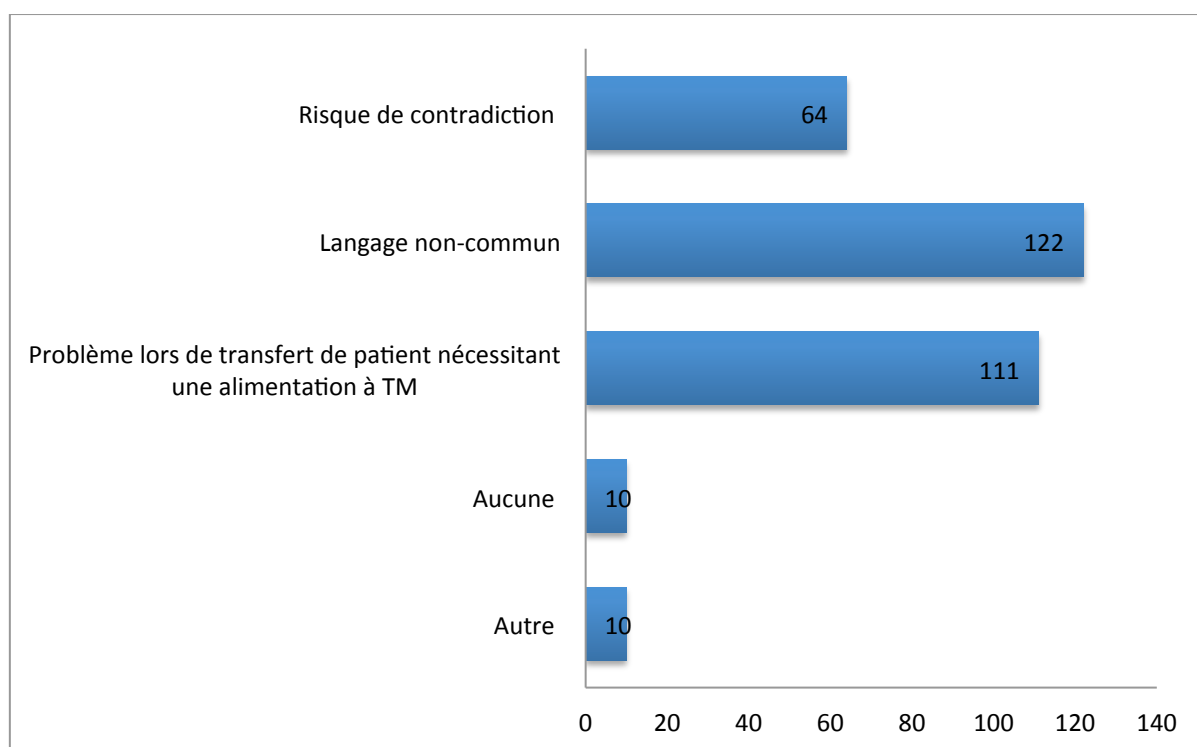


Figure18: Problématiques de la synthèse de l'état des lieux

¹³ Le total des réponses était de 158 en raison de l'erreur inidentifiable pour un-e ergothérapeute. Ce total est valable jusqu'à la fin des résultats.

76% des participants trouvaient que la situation de l'état des lieux ne comportait aucun avantage, 16% trouvaient avantageux d'avoir un large choix de TM et 13% ont donné d'autres avantages.

Parmi les 21 réponses ou parties de réponses « autre », 2 ont été jugées hors sujet, 10 ont été jugées hors sujet car les participants n'avaient pas compris la synthèse de l'état des lieux. Les autres avantages recensés étaient les suivants :

- 6x adaptation personnalisée au patient avec une personnalisation des demandes
- 2x plus de précision
- 3x adaptation au lieu et aux besoins de l'établissement
- obligation de revoir le cas, d'avoir une réflexion

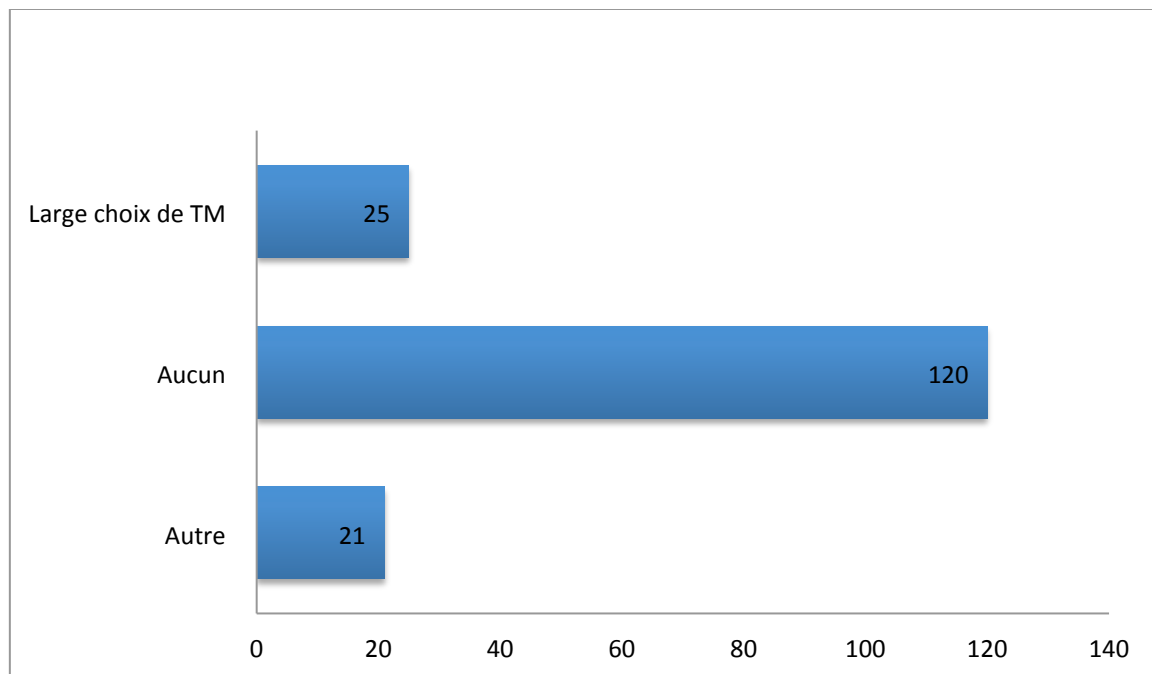


Figure 19: Avantages de la synthèse de l'état des lieux

6.3.4.5 Avantages d'un consensus romand

En moyenne, 70% des participants étaient « tout à fait d'accord » avec les avantages proposés, 24.5% « plutôt d'accord », 2% « plutôt pas d'accord », 1% « pas d'accord » et 2.5% étaient sans avis. L'avantage ayant suscité le plus d'unanimité était le langage commun entre les professionnels où 82% étaient « tout à fait d'accord ».

Parmi les 23 réponses ou parties de réponses « autre », 7 ont été exclues car les participants n'auraient pas dû répondre (ex. non, -), 2 ont été jugées hors-sujet et 2 identiques aux avantages déjà proposés. Les autres avantages mentionnés étaient les suivants :

- 6x plus de crédibilité, de cohérence face à la prise en charge de la dysphagie
- plus de clarté pour les autres soignant-e-s
- facilitation pour sensibiliser l'entourage, la population générale
- possibilité de faire des brochures pour la prévention, des livres de recettes pour les patients dysphagiques à domicile
- limitation éventuelle des coûts de production
- uniformisation des épaississants utilisés
- meilleure efficacité du travail des cuisiniers
- gain de temps
- meilleure reconnaissance du travail des cuisiniers
- rationalisation du travail auprès des équipes hôtelières
- uniformisation des pratiques des cuisiniers
- facilité de reproduction à domicile pour le patient qui a une alimentation à TM
- cohérence des consignes pour le patient
- références fiables lors de questions sur les TM ou lors de mise en place d'améliorations sur les TM
- réflexion scientifique des professionnels sur leur pratique

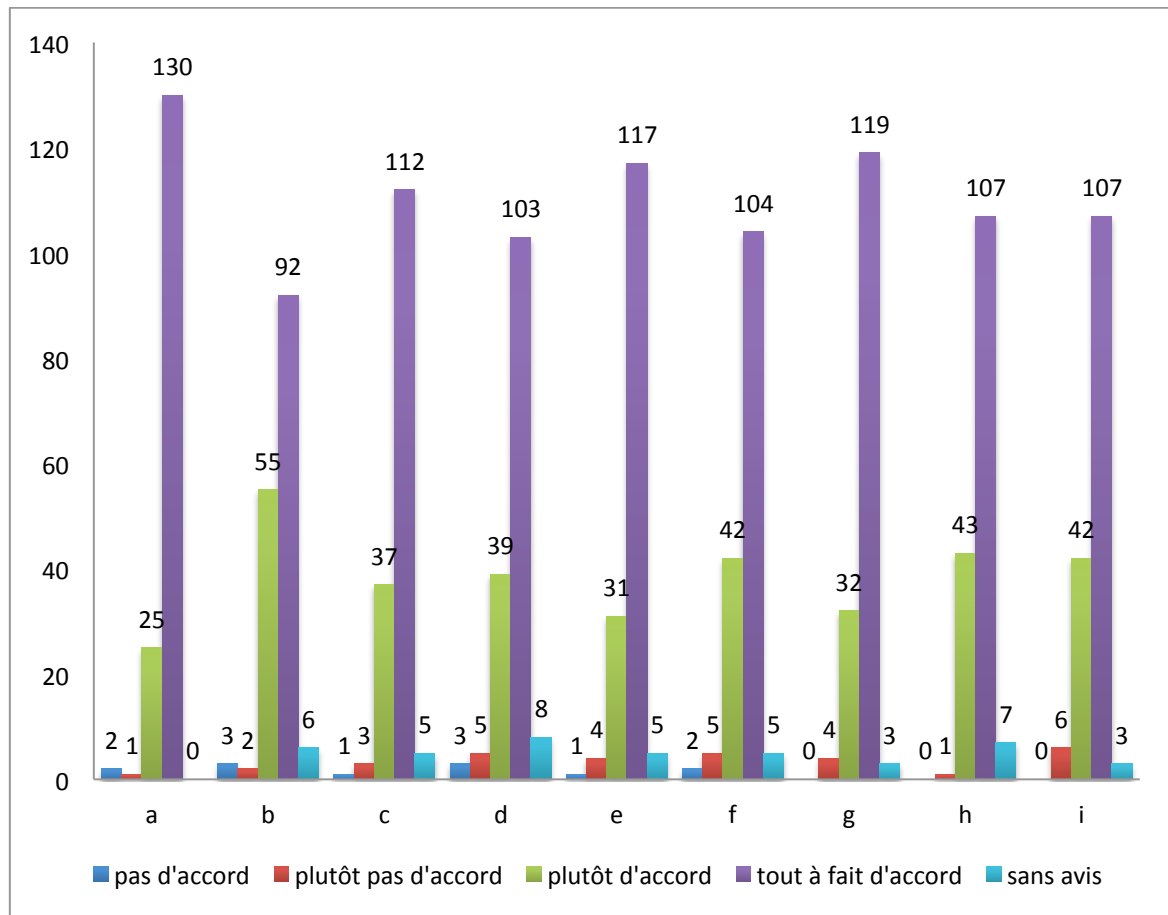


Figure 20: Avantages d'un consensus romand

a : Langage commun entre les professionnels

b : Favorise l'interdisciplinarité

c : Cohérence entre théorie et pratique

d : Facilite les changements d'établissement pour les soignants

e : Facilite le transfert d'un établissement à un autre pour les patients qui nécessitent des TM

f : Définition plus précise des critères de chaque TM

g : Références suisses romandes adaptées aux pratiques

h : Références communes entre les filières de formation

i : Plus de sécurité pour le patient

6.3.4.6 Inconvénient(s) d'un consensus romand

En moyenne, 20.5% des participants étaient « tout à fait d'accord » avec les inconvénients proposés, 31.5% « plutôt d'accord », 23% plutôt pas d'accord », 20% pas d'accord et 5% étaient sans avis. L'inconvénient ayant suscité le plus d'unanimité était l'uniformisation incertaine, où 47% des participants étaient « d'accord ».

Parmi les 34 réponses ou parties de réponses « autre », 5 ont été exclues (non, -) car les participants n'auraient pas dû répondre, 9 ont été jugées hors-sujets, 4 incompréhensibles et 3 identiques aux inconvénients déjà proposés. Les autres inconvénients étaient les suivants :

- 5x la rigidité, le manque de flexibilité, moins de souplesse
- 4x pas d'ajustement spécialisé et personnalisé au patient et à l'établissement
- charge de travail supplémentaire pour les cuisiniers
- perte de créativité des cuisiniers
- difficulté d'adhésion de certain professionnel au consensus
- budget
- risque de tomber dans le marketing
- 2x la collaboration difficile entre professionnels qui ne sont pas prêts à remettre en cause leurs pratiques
- 2x la difficulté de mise en place du consensus
- diminution de l'offre aux patients
- risque d'utilisation imposée de certains produits
- une mise à jour régulière pour tous les professionnels
- surcoût dans l'application en temps de rédiger des procédures et de formation
- uniformisation des produits utilisés

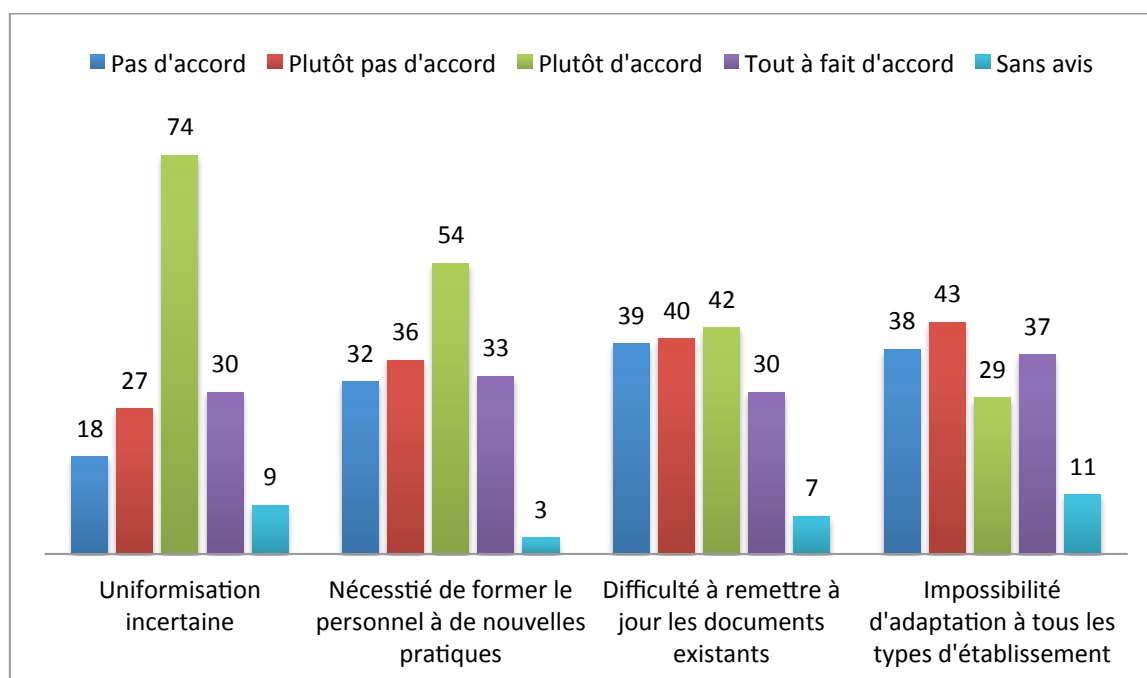


Figure 21: inconvénients d'un consensus romand

6.3.4.7 Utilité du consensus

Plus de la moitié des professionnels (58%) trouvait qu'un consensus romand serait très utile, 34% utile, 6.5% peu utile, 0.5% pas du tout utile et 1% était sans avis. La quasi-totalité des professionnels (92%) trouvaient utile à très utile de faire un consensus. Les référent-e-s de la dysphagie étaient proportionnellement les professionnels à trouver le plus d'utilité au consensus (68%), suivi des diététicien-ne-s (62%), des fabricant-e-s des TM (52%) et des autres professionnels (33%). Aucun-e référent-e de la dysphagie ne trouvait peu d'utilité au consensus.

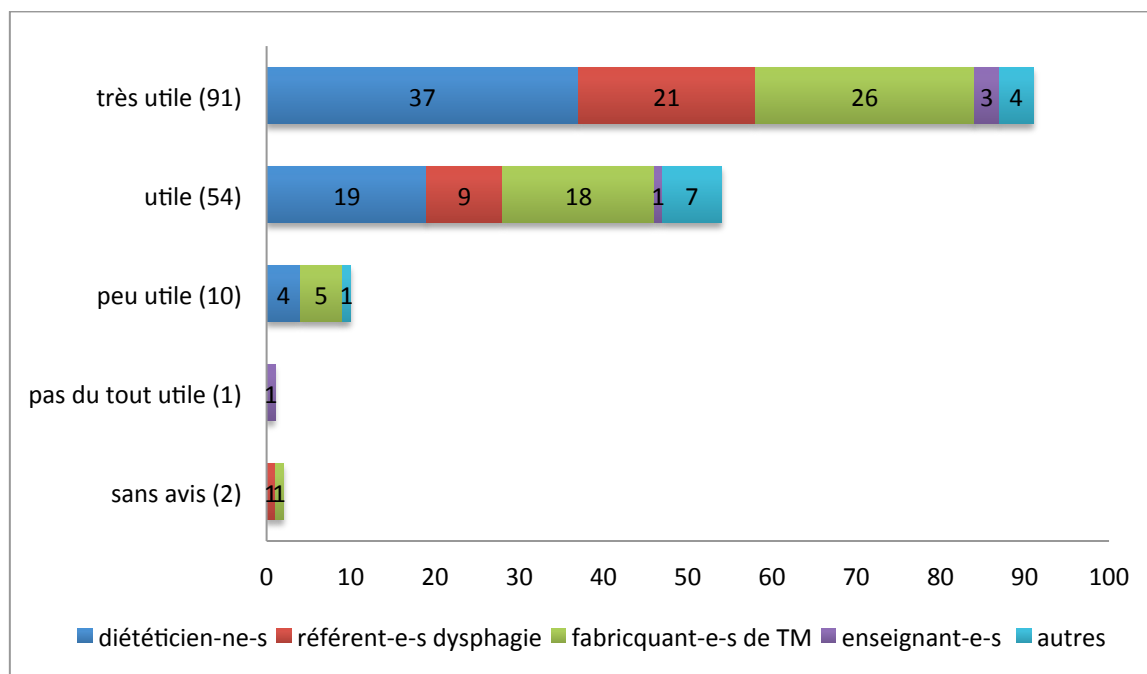


Figure 22: Utilité d'un consensus romand sur les TM et LE

6.3.5 Variables pour les pistes de réalisation d'un consensus romand

6.3.5.1 Forme du consensus romand

Il a été demandé aux participants comment ils concevaient la réalisation du consensus suisse romand. 95 professionnels (60%) se baseraient sur un protocole déjà établi dans un établissement médical romand, 74 (47%) sur les consensus étrangers, 26 (16.5%) partirait d'une base vierge et 26 (16.5%) ont donné d'autres pistes de réalisation.

Parmi les réponses, 34% des professionnels proposaient de se baser à la fois sur le protocole d'un établissement et sur les consensus étrangers.

Sur les 26 réponses ou parties de réponses « autre », 1 a été jugée hors-sujet, 6 étaient incompréhensibles et 5 identiques aux formes du consensus déjà proposées. Les autres pistes de réalisation étaient les suivantes :

- 9 à partir d'un groupe de travail interdisciplinaire
- 2 à partir des cours enseignés à l'école de diététique
- A partir du Canada
- A partir de visite entre établissements pour échanger sur ce qui est fait

6.3.5.2 Connaissance des consensus étrangers

Il a été demandé aux participants s'ils avaient connaissance des consensus étrangers existants avant de remplir le questionnaire afin de d'identifier s'ils étaient capables de se représenter à quoi pouvait ressembler un tel outil. 82% des participants ne connaissaient pas les consensus étrangers. Seuls 12% les connaissaient. Tous les enseignant-e-s avaient connaissance des consensus étrangers.

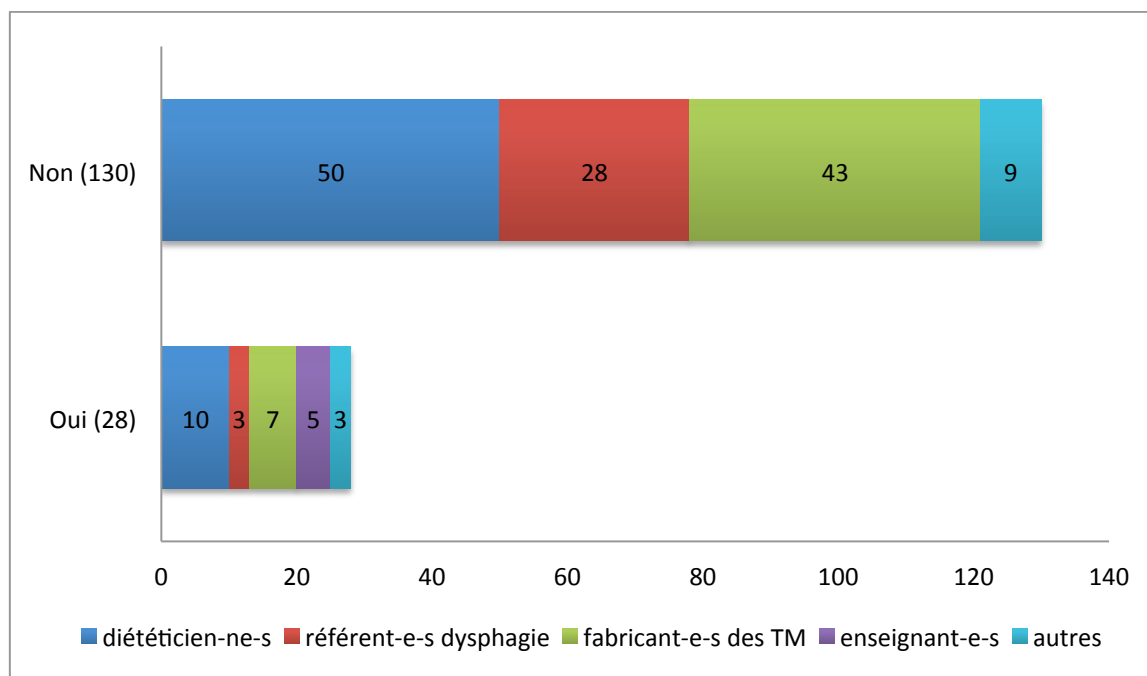


Figure 23: Connaissance des consensus étrangers par les professionnels

6.3.6 Influence présumée de certaines variables sur la satisfaction des professionnels et sur l'utilité du consensus

6.3.6.1 *Présence de protocoles et satisfaction/utilité du consensus*

Parmi les 30 participants ayant répondu n'avoir pas de protocoles au sein de leur établissement, 3 étaient très satisfaits de la situation actuelle, 5 satisfaits, 10 pas satisfaits et 12 ont été éliminés à cause de l'erreur mentionnée au point 6.3.4.3. Les 10 pas satisfaits représentaient 37% du total des participants pas satisfaits. Parmi les 10 pas satisfaits, 7 justifiaient leur insatisfaction par le manque de protocoles ou de documents de référence sur les TM et LE ou le manque de clarté concernant les directives.

Parmi les 30 participants ayant répondu n'avoir pas de protocoles au sein de leur établissement, 17 trouvaient très utile d'avoir un consensus romand, 11 utile, 1 peu utile et 1 réponse n'a pas pu être prise en compte en raison de l'erreur mentionnée au point 6.3.4.3.

6.3.6.2 *Nombre de TM et satisfaction/utilité*

Parmi les 12 participants dont l'établissement possédait plus de 8 TM, 4 étaient très satisfaits de la situation actuelle, 6 satisfaits, 2 pas satisfaits. Ceux qui étaient satisfaits mentionnaient qu'un travail en équipe interdisciplinaire pour la prise en charge de la dysphagie avait été réalisé récemment au sein de leur établissement. Les 2 participants n'étant pas satisfaits ne mentionnaient pas un nombre de TM trop élevé à la raison de leur insatisfaction.

Parmi ces 12 participants, 8 trouvaient le consensus romand très utile, 1 utile et 3 peu utile.

Parmi les 7 participants dont l'établissement possédait 1 ou 2 TM, 2 étaient très satisfaits de la situation actuelle, 2 satisfaits, 1 sans avis et 2 n'avaient pas répondu dû à l'erreur de programmation. Parmi les 7 participants, 4 trouvaient le consensus romand très utile et 3 utile.

6.3.6.3 *Critères de précision des TM et LE et satisfaction/utilité*

Parmi les 40 participants qui trouvaient que les critères de définition des TM et des LE n'étaient pas assez précis, 1 était très satisfait de la situation actuelle, 14 satisfaits, 13 pas satisfaits, 1 sans avis et 11 réponses ont dû être éliminées en raison de l'erreur mentionnée au point. Les 13 pas satisfaits représentaient 48% du total des pas satisfaits.

Parmi les 40 participants qui trouvaient que les critères de définition des TM et des LE n'étaient pas assez précis, 27 (68%) trouvaient très utile d'avoir un consensus romand, 10 utile, 2 peu utile et 1 réponse n'a pas pu être prise en compte en raison de l'erreur.

6.3.6.4 *Changement des pratiques des TM et LE et satisfaction/utilité*

Parmi les 64 participants qui avaient dû changer de pratiques au cours de leur carrière professionnelle, 15 étaient très satisfaits de la situation actuelle, 34 satisfaits, 13 pas satisfaits et 2 sans avis. Les 13 pas satisfaits représentaient 48% du total des pas satisfaits et les 15 très satisfaits représentaient 52% du total des très satisfaits.

Parmi les 64 participants qui avaient dû changer de pratiques au cours de leur carrière professionnelle, 34 (53%) trouvaient très utile d'avoir un consensus romand, 25 utile, 4 peu utile et 1 était sans avis.

6.3.6.5 Satisfaction de la situation actuelle et utilité

80% des participants très satisfaits de la situation actuelle des TM et LE au sein de leur établissement, trouvaient utile ou très utile d'avoir un consensus suisse romand sur les TM et les LE. 13% des participants très satisfaits de la situation actuelle dans leur établissement trouvaient « peu utile » ou « pas du tout utile » et 7% étaient sans avis.

96% des participants pas satisfaits de la situation actuelle dans leurs établissements trouvaient que le consensus Suisse romand sur les TM et les LE serait très utile ou utile. 1 participant-e qui n'était pas satisfait de la situation actuelle dans son établissement trouvait le consensus peu utile.

7 Discussion

Cette étude avait pour but d'établir une synthèse des pratiques des TM et des LE en réalisant un état des lieux dans les établissements médicaux romands et les filières d'enseignement et de déterminer le besoin des professionnels d'un consensus romand sur les TM et LE.

7.1 Rappel des résultats principaux

7.1.1 Synthèse des pratiques des TM et LE en Suisse romande

Les pratiques n'étaient pas uniformes d'un établissement médical à un autre. 75% des professionnels du questionnaire ont indiqué avoir dû s'adapter à de nouvelles pratiques et/ou terminologie lorsqu'ils avaient changé de lieu de travail.

Des protocoles ou des fiches techniques étaient présents dans les établissements de 74% des participants du questionnaire et dans 52% des établissements de l'état des lieux. Les groupements hospitaliers utilisaient les mêmes protocoles pour l'ensemble de leurs sites. Parmi les 11 protocoles de l'état des lieux, 27 appellations différentes pour les TM et 5 pour les LE ont été recensées.

99% des établissements des participants du questionnaire proposaient des TM et 100% des établissements de l'état des lieux. Le nombre récurrent de TM de l'état des lieux était 4 et celui du questionnaire 5. Le nombre minimum de TM s'élevait à 2 pour l'état des lieux et à 1 pour le questionnaire. Le nombre maximum de TM s'élevait à 8 pour l'état des lieux et à plus de 8 pour le questionnaire. Ce nombre ne dépendait pas du type d'établissement. 79% des établissements des participants du questionnaire avaient des TM spécifiques à la dysphagie et 55% des établissements de l'état des lieux. Parmi les professionnels du questionnaire, 68% trouvaient que les critères de définition des TM étaient assez précis.

98% des prescripteurs-trice-s des TM et des LE ont répondu que les liquides étaient épaissis lors de dysphagie chez un patient. La totalité des participants du questionnaire et des établissements médicaux de l'état des lieux a indiqué épaissir les liquides avec de la poudre épaississante. Les modalités de définition du degré de viscosité n'étaient toutefois pas uniformes.

Dans l'enseignement des TM et des LE, les références utilisées n'étaient pas uniformes, voire inexistantes pour 1 des enseignant-e. Les avis étaient partagés concernant l'adéquation des références utilisées et des problématiques rencontrées lors de la préparation des cours sur les TM et LE.

7.1.2 Besoin d'un consensus suisse romand

92% des participants du questionnaire trouvaient « très utile » à « utile » de créer un consensus sur les TM et les LE pour la Suisse romande. Les référent-e-s de la dysphagie et les diététicien-ne-s étaient les professionnels qui trouvaient le plus d'utilité au consensus (68% et 62%). Les professionnels trouvaient plus d'avantages que de désavantages à la création d'un consensus romand.

20% des participants étaient très satisfaits de la situation actuelle dans leur établissement, 57% satisfaits, 19% pas satisfaits et 4% étaient sans avis. Les professionnels les plus satisfaits étaient proportionnellement les fabricant-e-s des TM

(30% très satisfaits, 52% satisfaits) et les moins satisfaits, les diététicien-ne-s (23% pas satisfaits).

77% des participants ne voyaient aucun avantage à la situation de non-uniformité dans les pratiques des TM et des LE de la Suisse romande identifiée lors de l'état des lieux. La problématique majeure relevée à cette situation était le langage non-commun (77%). Seulement 6% des participants n'y voyaient pas de problématique.

7.2 Discussion des résultats obtenus

7.2.1 Caractéristiques des établissements médicaux de l'échantillon

Les établissements ayant répondu que rien n'était mis en place étaient composés de 3 cliniques et d'un hôpital privé. Ces types d'établissements proposent des spécialités spécifiques et n'ont pas toujours une patientèle présentant des problèmes de dysphagie, ce qui peut expliquer pourquoi ils n'avaient pas de protocoles ou fiches techniques mis en place.

Les établissements ayant envoyé leurs protocoles étaient majoritairement des hôpitaux de soins aigus (55%) et venaient du canton de Vaud (50%). La majorité des établissements de l'échantillon était établie dans le canton de Vaud et était des hôpitaux ce qui explique ces rapports plus élevés. Cela pourrait aussi être expliqué par le fait que les hôpitaux de soins aigus accueillent un nombre important de patients et ont généralement plus de moyen que des plus petites structures, par conséquent il y souvent plus de protocoles établis. Le fait de posséder ces documents a peut-être fait augmenter le taux de participation de ces établissements.

7.2.2 Caractéristiques des participants au questionnaire

Chaque profession était représentée mais dans des proportions variables. Les enseignant-e-s représentaient seulement 3% de l'échantillon. Or, ce rapport n'aurait pas pu être plus élevé car tous les enseignant-e-s dispensant des cours sur les TM et LE ou sur la prise en charge de la dysphagie avaient été inclus dans l'échantillon. La majorité (38%) de l'échantillon était composée de diététicien-ne-s. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le lien du questionnaire a été transmis à plus de diététicien-ne-s, ou qu'ils-elles se sentaient plus concerné-es par cette étude comme nous étions des étudiantes de la filière Nutrition et diététique. Elle pourrait aussi être expliquée par le fait qu'ils-elles possèdent de manière quasi systématiques une adresse e-mail propre à leur établissement à l'inverse des fabricant-e-s des TM, ce qui a permis une transmission rapide et facile du lien url du questionnaire. Les référent-e-s de la dysphagie étaient moins représentés (20%) que les diététicien-ne-s ou que les fabricant-e-s des TM. Nous expliquons cette différence car il y a proportionnellement moins de logopédistes, d'ergothérapeutes ou de physiothérapeutes spécialisés dans la dysphagie que d'autres professionnels. Souvent une logopédiste travaille sur plusieurs sites. Il a aussi été plus difficile d'identifier ces professionnels en raison de la non uniformité de la prise en charge de la dysphagie en Suisse.

41% des participants du questionnaire avaient plus de 15 ans d'expérience dans leur métier. Seule la majorité des référent-e-s de la dysphagie avait entre 5 et 10 ans d'expérience. Les professionnels dont nous avons obtenu les adresses e-mail se composaient essentiellement de responsables, excepté pour les référent-e-s de la dysphagie. Les responsables ont en général plusieurs années d'expérience, ce qui peut expliquer que le nombre d'années d'expérience soit supérieur à 15 ans.

Plus de la moitié des professionnels de l'échantillon (59%) travaillait dans des hôpitaux. Les autres types d'établissements étaient peu représentés. Ces résultats peuvent être expliqués par l'échantillon de l'état des lieux qui contenait essentiellement des hôpitaux contre seulement 9% d'EMS et 25% de cliniques.

Les référent-e-s de la dysphagie n'étaient pas représentés dans les cliniques. Cela peut être expliqué par le fait que ces professionnels ne sont pas toujours représentés dans ce type d'établissement si les spécialités de la clinique n'englobent pas des patients atteints de dysphagie.

Le canton de Vaud était le plus représenté (42%) car il s'agit du plus grand canton de Suisse romande mais aussi car la majorité des établissements médicaux de l'échantillon (45%) se trouvaient dans ce canton. Le canton du Jura était le moins représenté (4%). Nous pensons que ce résultat est dû à la limite d'accès au logiciel Google Drive® dans ce canton (cf chapitre 7.4.1).

7.2.3 Synthèse des pratiques des TM et LE en Suisse romande

99% des établissements des participants du questionnaire proposaient des TM et 100% des établissements de l'état des lieux. Le type d'établissement qui proposait le moins de TM était les EMS et ceux qui en proposaient le plus étaient les hôpitaux universitaires. Il en était de même pour les TM spécifiques à la dysphagie. Cela peut être expliqué par le fait que les EMS ont en général moins de moyens (cuisines plus petites, moins de matériel spécifique, ...) à l'inverse des grandes structures comme les hôpitaux universitaires. Ces grandes structures proposent aussi plus de choix car les pathologies traitées et les soins proposés sont plus aigus, plus précis, à l'inverse des EMS où les patients résident au quotidien.

La majorité des professionnels (42%) se référait aux modalités d'utilisation de la poudre épaississante, excepté les référent-e-s de la dysphagie. Tous les référent-e-s de la dysphagie connaissaient la manière dont le degré de viscosité des liquides étaient défini. Les référent-e-s de la dysphagie étant des spécialistes de la déglutition, il est compréhensible qu'ils connaissent mieux les pratiques d'épaississement que les autres professionnels. La majorité de ces professionnels a répondu épaissir les liquides selon les recommandations en vigueur dans l'établissement et a donné des indications plus précises. Ces chiffres montrent aussi que la majorité des professionnels se réfère aux modalités de la poudre épaississante, donc n'importe quel soignant serait en mesure d'épaissir les liquides. Or, selon les recommandations de prise en charge de la dysphagie, l'évaluation doit être individuelle et les liquides doivent avoir des stades définis.

Les cliniques et les EMS étaient les types d'établissement qui avaient le moins de protocoles et les hôpitaux et les hôpitaux universitaires le plus. Cela peut être expliqué par la taille de l'établissement, des moyens et du nombre peu élevé de patients atteints de dysphagie dans certaines cliniques. Dans l'état des lieux plus de la moitié des protocoles envoyés provenait des groupements hospitaliers. Nous pensons que lorsque de telles structures se réunissent, elles unifient leurs documents, ce qui explique qu'il y ait davantage de protocoles ou de documents officiels.

75% des professionnels qui avaient changé d'établissement pour un nouveau travail avaient dû s'adapter à des nouvelles pratiques et/ou terminologie des TM et LE. Cela

montre le manque d'uniformité et le langage non commun entre les établissements. Cette situation n'est pas favorable car il a été démontré que les risques d'erreur et de confusion étaient plus élevés. Des enquêtes ont mis en évidence qu'une confusion au niveau des TM et de leurs définitions contribue à augmenter le risque de décès du patient [2].

La majorité des participants (68%) trouvait que les critères de définition des TM étaient assez précis au sein leur établissement. Cependant, ces critères changent d'un établissement à un autre ce qui peut favoriser les erreurs au niveau de la préparation et de la prescription des TM. 88% des fabricant-e-s des TM trouvaient que les critères étaient assez précis pour préparer les TM alors que 59% des prescripteur-trice-s trouvaient qu'ils étaient assez précis pour prescrire les TM. Cette différence peut être due au fait que les fabricant-e-s n'ont pas les mêmes besoins que les prescripteur-trice-s. Les fabricant-e-s pourraient avoir besoin de moins de précision dans les critères pour préparer des TM adaptées que les prescripteur-trice-s.

Les références de l'enseignement et les thèmes abordés étaient différents dans les 3 filières. Les thèmes correspondaient aux besoins spécifiques de la profession ce qui peut expliquer cette différence. Malgré une uniformité pour les cours enseignés aux étudiant-e-s cuisinier-ère-s en diététique, les pratiques sur le terrain n'étaient pas les mêmes.

7.2.4 Besoin du consensus

Afin de déterminer si les professionnels avaient l'utilité d'un consensus romand, nous avons voulu les amener à réfléchir à leur situation au sein de leur établissement, à la situation générale en Suisse romande, à leur satisfaction quant aux références utilisées, aux avantages et aux inconvénients d'un tel outil dans le but de prendre en considération plusieurs aspects et pas uniquement leur situation personnelle.

Concernant l'enseignement, l'avis des enseignant-e-s divergeaient. Certains trouvaient que les références pouvaient être adaptées au contexte local alors que d'autres non. Pas tous les enseignants n'avaient rencontrés des problématiques pour référencer leurs cours. C'est en partie compréhensible vu qu'un enseignant a indiqué ne pas utiliser de références.

La majorité des professionnels était satisfaite de la situation au sein de leur établissement. Les réponses auraient pu être différentes s'il y avait eu l'item « peu satisfait » (cf annexe 7.4.2). Cependant ce n'est pas parce les professionnels étaient satisfaits de la situation de leur établissement qu'ils n'éprouvaient pas le besoin d'un consensus. Le but premier du consensus consiste à adopter un langage commun pour tous, et dans tous les établissements. Dans les raisons principales évoquées par les participants, nous retrouvons la présence de protocoles qui permet d'unifier les pratiques et le travail en interdisciplinarité. Ces critères vont dans le sens du consensus. Parmi les raisons de l'insatisfaction, il ressort le manque de protocoles, de clarté, de définitions communes, de connaissances des professionnels face à la prise en charge de la dysphagie. Le consensus aurait justement ces objectifs. Nous constatons que tant dans la satisfaction que dans l'insatisfaction les professionnels trouvent une utilité au consensus.

L'état des lieux présenté dans le questionnaire avait pour but de faire réfléchir les participants aux problématiques et/ou avantages de la situation actuelle des pratiques des TM et LE en Suisse romande. La majorité des professionnels ne voyait aucun avantage à cette situation. Une minorité de professionnels voyaient d'un œil positif le fait d'avoir un très large choix de TM. Les autres avantages proposés n'étaient pour la plupart pas en lien avec l'état des lieux. Nous en avons déduit que la question avait été mal comprise pour plusieurs professionnels (cf point 7.4.2). Les professionnels étaient quasi unanimes quant aux problématiques proposées, à savoir langage non-commun, problème lors de transfert de patients. Plusieurs ont cité le manque de crédibilité comme problématique à cette situation.

Par rapport aux avantages d'un consensus romand proposés, les participants étaient d'accord avec tous les avantages. A l'inverse, pour les inconvénients, les avis étaient très partagés. Il y avait autant d'accord que de désaccord. Les professionnels ne les voyaient pas comme inconvénients. Le seul inconvénient s'étant démarqué était l'implantation du consensus. Comme l'on fait remarquer plusieurs professionnels, ce n'est même pas un inconvénient au consensus en lui-même. Toutefois, il est vrai qu'il est difficile de faire évoluer les pratiques des professionnels. Ce point avait également été soulevé par les participants du FG.

7.2.5 Influence présumée de certaines variables sur la satisfaction des professionnels et sur l'utilité du consensus

Aucune variable mise en lien avec l'utilité et la satisfaction n'a pas montré une influence statistiquement significative.

La présence de protocoles ou de fiches techniques au sein des établissements était liée en partie à la satisfaction de la situation actuelle car la majorité des participants (33%) qui n'avaient pas de protocoles ou fiches techniques dans leur établissement n'étaient pas satisfaits de la situation actuelle. Les professionnels qui n'avaient pas de protocoles ou de fiches techniques trouvaient majoritairement (93%) qu'un consensus romand serait « utile » à « très utile ».

Le nombre de TM n'influçait pas directement la satisfaction et l'utilité, qu'il soit élevé ou bas.

Les professionnels qui trouvaient que les critères des TM n'étaient pas assez précis n'étaient majoritairement pas satisfaits de la situation actuelle. Les professionnels pas satisfaits représentaient 48% du total des participants pas satisfaits de la situation actuelle. 68% des professionnels qui trouvaient que les critères n'étaient pas assez précis trouvaient qu'un consensus romand serait « utile » à « très utile ». Nous constatons que les critères de précision étaient liés à la satisfaction de la situation actuelle, plus que les autres variables.

13 professionnels qui ont dû changer d'établissement n'étaient pas satisfaits de la situation actuelle et représentaient 48% du total des participants pas satisfaits de la situation actuelle. Parmi les participants qui avaient changé d'établissement, 53% trouvaient très utile un consensus. Le changement d'établissement avait aussi un lien fort avec la satisfaction de la situation actuelle et l'utilité.

7.2.6 Pistes pour la réalisation du consensus

Malgré que les consensus étrangers soient très peu connus des professionnels (12%), la plupart d'entre eux souhaitaient baser le consensus romand sur ces outils pour sa réalisation. La minorité (16.5%) pensait partir d'une base vierge, c'est qui est compréhensible car il serait très ambitieux et chronophage de partir de zéro.

A l'époque où nous avons créé le questionnaire, nous n'avions pas connaissance du projet de consensus international. Il serait alors nécessaire de réfléchir s'il faut créer un consensus romand ou intégrer le projet qui réalise actuellement un consensus international sur les TM et les LE. L'avantage principal dans la réalisation d'un consensus romand réside dans le fait qu'il serait adapté aux pratiques de la Suisse romande ce qui ne serait pas forcément le cas du consensus international. Cependant, pour réaliser un consensus romand, il faudrait créer des groupes de travail ce qui pourrait être moins évident qu'en intégrant un consensus international.

7.3 Comparaison des résultats obtenus avec la littérature

7.3.1 Professionnels inclus dans l'étude

Nous avons inclus des diététicien-ne-s, des référent-e-s de la dysphagie, des cuisinier-ère-s en diététique et des cuisinier-ère-s dans notre échantillon.

Le consensus américain a été réalisé par des diététicien-ne-s, des logopédistes, un scientifique de l'alimentation et l'industrie alimentaire [2]. Celui du Royaume-Uni avait intégré les soins infirmiers, des logopédistes, des diététicien-ne-s, la restauration hospitalière et l'industrie [22]. Celui d'Australie avait été réalisé par des logopédistes, des diététicien-ne-s et différentes filières de formation [18]. Le consensus irlandais avait été créé par des diététicien-ne-s et des logopédistes. Le Royaume-Uni était le seul consensus étranger qui avait intégré la restauration pour la réalisation de leur consensus national. Nous avons choisi d'intégrer les fabricant-e-s des TM dans notre étude car ils représentent des professionnels clés dans la prise en charge de la dysphagie étant au cœur de la fabrication des TM. Leur avis nous paraissait essentiel. En effet, si les fabricant-e-s de TM ne préparent de façon adéquate les TM, la sécurité du patient peut être mise en jeu.

Seul le consensus australien a intégré le corps enseignant. Nous avons intégré les enseignant-e-s car nous voulions connaître leur avis comme ils forment les futurs professionnels. Pour nous, il était important de savoir si chaque filière de formation avait les mêmes références et s'il y avait une cohérence entre le terrain et l'enseignement. Nous n'avons pas intégré le secteur industriel ni les soins infirmiers car nous voulions toucher les professions principales de la prise en charge de la dysphagie. De plus, le temps imparti pour le travail de Bachelor ne nous permettait pas d'inclure davantage de professions.

7.3.2 Synthèse pratiques des TM et LE en Suisse romande

A travers notre étude, nous avons recensé 27 appellations différentes (cf. point 6.1.3) pour les TM parmi les 11 protocoles ou fiches techniques et 5 appellations pour les LE parmi 2 protocoles ou fiches techniques. En Australie, 95 appellations pour les TM et 30 appellations pour les LE avaient été recensées. Ces TM et LE ont pu être regroupées en 3 TM en fonction de leurs critères de définition et en 3 niveaux de viscosité [18]. Dans la ville de Brisbane (Australie), parmi 10 établissements médicaux, 12 appellations pour les LE pouvant être regroupées en 3 niveaux de viscosité ont été dénombrées [12]. En Amérique, 40 appellations différentes pour les TM et 18 pour les LE avaient été recensées.

Avant de créer leur consensus, les différents pays se trouvaient dans la même situation que la Suisse romande actuellement, avec une large variété d'appellations pour des textures et des stades de liquides pouvant être regroupés car étant similaires. Malgré la petite taille de la Suisse, nous constatons une large disparité aux niveaux du nombre et des appellations des TM et des LE.

La question se pose aussi de faire un consensus suisse mais la difficulté résiderait au niveau linguistique car la Suisse compte 3 langues nationales principales et les habitudes alimentaires peuvent être sensiblement différentes entre les différentes régions.

Le nombre récurrent de TM dans les établissements de notre étude se situait entre 4 et 5. Les consensus américain et australien comptent 4 TM avec la texture normale et 4 stades pour la viscosité des liquides. Les consensus anglais et irlandais comptent 5 TM avec la texture normale et 5 stades pour la viscosité des liquides [1]. Le nombre récurrent de TM dans les établissements de notre étude correspondait au nombre de TM des consensus étrangers. Il n'est pas possible de comparer le nombre de stades de liquides avec les consensus étrangers car seuls deux protocoles ou fiches techniques donnaient des indications sur les LE.

7.3.3 Besoin du consensus

Notre étude a permis de déterminer s'il existait un besoin des professionnels travaillant avec les TM et les LE de créer un consensus romand.

L'Australie avait aussi effectué une démarche similaire préalable à la réalisation du consensus et 99.5% des professionnels souhaitaient une uniformisation des TM et des LE [18].

Le pourcentage de professionnels australiens et suisses souhaitant un consensus national sur les TM et les LE était très proche (92% contre 99.5%). La situation de non-uniformité des deux pays était identique avant la réalisation du consensus australien ce qui peut expliquer ce même rapport élevé.

7.3.4 Pistes pour la réalisation du consensus

Les participants de notre étude souhaitaient que le consensus romand se base sur des consensus étrangers et sur des protocoles ou fiches techniques suisses avec une approche interdisciplinaire.

Le consensus Américain a été réalisé selon une approche rhéologique avec des associations professionnelles [2]. Celui du Royaume-Uni s'est entouré d'associations professionnelles pour la réalisation de leur consensus [16]. L'Irlande s'est basée sur le consensus australien [19].

Le consensus Australien décrivait de façon plus spécifique les étapes clés de sa création. Les associations de professionnels ont commencé par recenser les pratiques australiennes, rechercher les consensus étrangers et effectuer une revue de littérature sur les TM et les LE. Les Australiens ont voulu se baser sur les consensus anglais et américains mais les pratiques alimentaires n'étaient pas les mêmes. Ils ont ensuite fait une enquête auprès des professionnels pour connaître leur besoin d'une uniformisation des pratiques concernant les TM et les LE. Une fois le besoin identifié, une première uniformisation a été faite puis discutée au sein d'un FG. La communication du consensus a été un point clé pour la diffusion du consensus au sein du pays [12].

Nous pouvons constater que les consensus étrangers ne peuvent pas être applicables pour tous les pays car les pratiques alimentaires diffèrent d'un pays à l'autre. Il est essentiel de se baser sur les pratiques du pays pour réaliser un consensus national. Les résultats de notre étude vont dans ce sens.

7.4 Limites, biais et points forts de l'étude

7.4.1 Limites

La principale limite concernait le recrutement des participants pour le questionnaire. Le moyen de contact avec les professionnels pour l'envoi du questionnaire était limité car l'accès à leurs adresses e-mail n'était pas autorisé. Cependant, cette limite a pu être contournée en obtenant les e-mails des responsables diététicien-ne-s, des responsables cuisine et des référent-e-s de la dysphagie en appelant les réceptions de tous les établissements médicaux de l'échantillon et en demandant aux professionnels de transmettre le lien url à leurs collègues.

De plus, il n'était pas possible d'identifier tous les professionnels en lien avec la dysphagie car la prise en charge n'est pas uniforme en Suisse. Pour minimiser cette limite, un maximum de professionnels en lien avec la dysphagie a été inclus. Dans certains cas, des groupes de travail interdisciplinaires pour la prise en charge de la dysphagie avaient été créés ou des professionnels de la santé avaient suivi des formations ou spécialisations sur la dysphagie. Ces professionnels ne pouvaient être que difficilement inclus.

Le taux de participation du questionnaire ne pouvait pas être précisément connu comme les professionnels n'étaient pas identifiables. Cette limite a été minimisée en demandant aux responsables de transmettre à combien de professionnels le lien url avait été envoyé.

Une autre limite importante a été le temps imparti pour la réalisation du travail de Bachelor. La durée limitée ne permettait pas de se rendre dans chaque établissement pour la récolte de données de l'état des lieux, c'est pourquoi les PF ont été contactés par e-mail pour l'obtention des documents ou des explications. La demande de la récolte des protocoles ou fiches techniques a pu être mal interprétée et/ou chronophage, ce qui a pu influencer négativement le taux de participation à l'état des lieux.

L'accès limité au programme Google Drive[®] dans un des cantons a été un problème. Les participants ne pouvaient répondre au questionnaire qu'en copiant le lien url et en y accédant hors du réseau de leur établissement. Cela a pu faire chuter leur motivation à répondre au questionnaire.

7.4.2 Biais

Le principal biais était un biais de sélection. Les établissements qui n'avaient pas de PF pour la filière Nutrition et diététique ont été exclus de l'état des lieux. Ces établissements représentaient essentiellement des structures de petites tailles, tels que des EMS où il y a souvent peu voire pas de diététicien-ne-s. Dans les 44 établissements inclus, les EMS étaient peu représentés et étaient de grande taille, par conséquent pas forcément représentatifs des pratiques des plus petites structures qui ont souvent moins de moyens.

Les professionnels travaillant avec les TM et les LE qui ne faisaient partie des établissements inclus dans l'état des lieux ont dû être exclus.

La synthèse des pratiques était basée sur peu protocoles qui ne représentaient ni tous les types d'établissements, ni tous les cantons bien que la représentativité ait été souhaitée en incluant tous les cantons romands et les types d'établissements.

Néanmoins, la partie du questionnaire complétant l'état des lieux a permis d'augmenter la représentativité de la synthèse au niveau du nombre des réponses et des cantons.

La clarté et la compréhension des questions du questionnaire constituaient également un biais. La question de la synthèse de l'état des lieux a été mal comprise par les participants malgré le pré-test. Cette réponse n'a pas pu être analysée de manière adéquate. La question de la situation actuelle contenait un biais, car au lieu de « peu satisfait » comme item proposé « pas satisfait » a été proposé. Cela pourrait expliquer pourquoi autant de gens étaient satisfaits de la situation actuelle. De plus des erreurs de programmation sont survenues. Une était inexplicable pour 1 participant (ergothérapeute) et l'autre due à une mauvaise manipulation dans le programme pour 15 participants (1 chef de cuisine, 1 infirmière, 8 diététicien-ne-s, 3 physiothérapeutes, 1 logopédiste et 1 ergothérapeute). Ces erreurs ont toutefois eu peu d'impact sur l'ensemble des résultats.

Les réponses des questions « autre » et des questions ouvertes ont été regroupées par thème et celles jugées hors-sujet ou incompréhensible par les étudiantes ont été exclues. Cette méthode d'analyse a induit un biais d'interprétation.

7.4.3 Points forts

Le nombre élevé de participants au questionnaire constituait la force majeure de cette étude. Il a permis de donner de la crédibilité et du poids aux résultats. Tous les cantons, professions et types d'établissements étaient représentés. Cependant, le taux de participation aurait été moins élevé si tous les professionnels à qui le lien avait été transmis avaient pu être identifiés.

Un deuxième point fort était la variété/diversité des professions représentées dans l'étude. Tous les professionnels travaillant directement au contact des TM et des LE ont été inclus. Les cuisinier-ère-s en diététique et les cuisinier-ère-s ont été intégrés ce qui n'était pas le cas dans la réalisation des consensus nationaux.

Enfin cette étude a permis de dresser une synthèse des pratiques des TM et des LE dans les établissements médicaux de Suisse romande grâce à l'état des lieux et au questionnaire. Cette thématique était jusqu'à présent inexistante dans la littérature, c'est pourquoi il a été décidé de l'approfondir avant d'aller interroger les professionnels du terrain.

8 Perspectives

8.1 Réalisation d'un consensus romand

Les résultats de l'étude démontraient le besoin d'un consensus suisse romand des professionnels travaillant avec les TM et les LE.

Selon les résultats de l'étude, le consensus romand sur les TM et les LE devrait se baser sur un protocole d'un établissement suisse romand et/ou sur des consensus étrangers. Les consensus étrangers permettraient de s'inspirer de la méthodologie et des résultats des autres pays alors que les protocoles d'un établissement suisse romand permettraient de tenir compte des pratiques romandes. Le consensus romand devrait aussi avoir une approche interdisciplinaire à l'aide des différentes associations professionnelles. Cette méthode permettrait de prendre en compte le besoin, les expériences et les pratiques de toutes les professions en lien avec les TM et les LE.

Le groupe interdisciplinaire de l'IDDSI réalise actuellement un consensus internationale sur les TM et les LE. Les résultats de l'étude ne permettaient pas de connaître le besoin des professionnels d'un consensus international sur les TM et les LE mais il peut s'agir d'une perspective future. Actuellement, aucune association professionnelle suisse en lien avec les TM et les LE n'a intégré ce projet, seul Nestlé en fait partie [23].

8.2 Établissements sans protocoles ou fiches techniques

Un consensus en Suisse romande pourrait être destiné aux établissements qui ne disposent pas de protocoles ou de fiches techniques sur les TM et les LE. Ce consensus pourrait aussi être utile aux établissements qui n'ont pas de patients atteints de dysphagie. En effet, la population vieillit et ces établissements pourraient être confrontés à des patients atteints de dysphagie dans le futur [24]. Ce consensus pourrait être un outil « clé en main » que les établissements pourront se procurer afin d'assurer une prise en charge des TM et des LE adéquate.

8.3 Repas à domicile

Les services de repas à domicile proposent des repas à TM. Un consensus permettrait à ces services de préparer des TM avec les mêmes terminologies et les mêmes critères de définition que les établissements médicaux et limiter le risque d'erreurs.

Les personnes âgées ont souvent recours à ces prestations. Ces personnes peuvent manger seul à domicile et les étouffements dus à une TM non-adaptée au besoin de la personne peuvent alors être fatals.

8.4 Industrie

Dans d'autres pays tels que la France, des industries alimentaires développent des repas à TM alors qu'en Suisse, elles fabriquent certains produits à TM mais pas de repas [1]. L'alimentation à TM fabriquée par l'industrie pourrait se développer prochainement au vue de l'augmentation de la prévalence de la dysphagie avec le vieillissement de la population [24]. Le consensus pourrait être utile aux industries afin d'uniformiser les terminologies et les critères de définitions des TM et des LE avec les établissements médicaux et limiter le risque d'erreurs.

9 Conclusion

Cette étude a permis d'établir une synthèse des pratiques des TM et des LE en Suisse romande au niveau des établissements médicaux et de l'enseignement. Cette synthèse a mis en évidence une non-uniformité du nombre et des appellations des TM et des LE d'un établissement à l'autre. Une situation similaire avait été relevée dans d'autres pays avant la création de leur consensus.

Grâce à ce travail, il est possible d'affirmer que l'ensemble des professionnels travaillant avec les TM et les LE éprouvent le besoin d'un consensus romand.

La perspective de cette étude serait de constituer un groupe de travail interdisciplinaire pour la réalisation d'un consensus romand sur les TM et les LE. Ce consensus permettrait d'augmenter la sécurité du patient, d'améliorer l'efficacité et la précision dans la communication interprofessionnelle, la fabrication de produits adaptés dans le secteur industriel et l'uniformisation des références dans l'enseignement. Il serait aussi envisageable de prendre part au projet de l'IDDSI qui a pour but de créer un consensus international. Ce qui est sur, c'est que la Suisse romande nécessite une uniformisation aux niveaux de ses pratiques sur les TM et le LE.

10 Références bibliographiques

- [1] Cichero J. A. Y, Steele C, Duivesteyn J, Clavé P, Chen J, Kayashita J. et al. The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1:280-291. doi:10.1007/s40141-013-0024-z
- [2] National Dysphagia Diet Task Force. National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care. [En ligne]. Chicago : American Dietetic Association; 2002 [consulté le 04 décembre 2013]. Disponible : http://books.google.ch/books?id=MZ5mSbGPOE4C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- [3] Ordre professionnel des diététistes du Québec. Manuel de Nutrition Clinique, tome 2. 2006
- [4] ANAP. Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi, retours d'expérience [En ligne]. 2011 [consulté le 04 décembre 2013]. Disponible : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Restauration_Guide_textures_modifiees_mars2011_01.pdf
- [5] Organisation mondiale de la santé. ICD-10 [En ligne]. 2010 [consulté le 11.12.2013]. Disponible : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/R13>
- [7] Genton L. Risque nutritionnel lors de dysphagia [Power point]. 2012
- [8] Esteve Piguet F. Pathologie, Diététique et Nutrition Clinique : Déglutition et dysphagie chez le sujet âgé. Genève : Heds, Filière Nutrition et diététique ; 2011
- [9] Bleeckx D, Postiaux G. Dysphagie: évaluation et rééducation des troubles de la déglutition. Bruxelles: De Boeck université; 2001.
- [9] Nestlé Nutrition Workshop, Nestlé Nutrition Institute. Stepping stones to living well with dysphagia. Basel: Karger ; Nestle Nutrition Institute; 2012
- [10] Swegler H. Troubles de la déglutition (dysphagie). [En ligne]. 2013 [consulté le 04 décembre 2013]. Disponible : <http://www.nestlehealthscience.ch/fr/nouveautes/publishingimages/4%20h%20schwe%20gler%20schlucken%20aus%20logop%C3%A4discher%20sicht.pdf>
- [11] NestléHealthScience. Dysphagie.ch [En ligne]. [consulté le 26 juin 2014]. Disponible : <http://www.dysphagie.ch/fran%C3%A7ais/>

[12] Dietitians Association of Australia, The Speech Pathology Association of Australia Limited. Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions. Nutr Diet. 2007 ; 64(Suppl.2):53-76. doi: 10.1111/j.1747-0080.2007.00153.x

[13] Penman JP, Thomson M. A review of the textured diets developed for the management of dysphagia. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 1998 ; 11:51–60.

[14] McCallum SL. The National Dysphagia Diet : Implementation at a regional rehabilitation center and hospital system. J Am Diet Assoc. 2003 ;103(3) : 381-384.

[15] National Patient Safety Agency Dysphagia Expert Reference Group, Cardiff and Vale University Health Board. Dysphagia Diet Food Texture Descriptors. [En ligne]. 2012. [consulté le 04 décembre 2013]. Disponible : <http://www.bda.uk.com/publications/statements/NationalDescriptorsTextureModificationAdults.pdf>

[16] The British Dietetic Association. National Descriptors for Texture modification in adults. 2011

[17] Dietitians Association of Australia, Speech Pathology Australia. Evaluation of the uptake of the Australian Standardized Terminology and Definitions for Texture Modified Foods and Fluids. [En ligne]. 2010. [consulté le 04 décembre 2013]. Disponible : http://dmsweb.daa.asn.au/files/Info%20for%20Professionals/Evaluation_of_the_Standards_Final_Report%20Dec.pdf

[18] Dietitians Association of Australia, Speech Pathology Australia. Australian Standardised Terminology and Definitions for Modified Texture Foods and Fluids. [En ligne]. Pas de date. [consulté le 04 décembre 2013] Disponible : http://www.hnehealth.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/87916/23344_D5_RH.pdf

[19] IASLT & Irish Nutrition and Dietetic Institute. Irish consistency descriptors for modified fluids and food. [En ligne]. 2009. [consulté le 04 décembre 2013] Disponible : <http://www.iaslt.ie/docs/public/information/Irish%20consistency%20descriptors%20for%20modified%20fluids%20and%20food.pdf>

[20] Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. Rev Mal Respir. 2002 ; 19 : 293-296.

[21] Krueger A. R, Casey M. A. A Basic Guide for Focus Group Interviewing. 2008

[22] Dysphagia diet food texture descriptors [En ligne]. 2011 [consulté le 08 juillet 2014]. Disponible : <http://www.hospitalcaterers.org/documents/dysphagia-descriptors.pdf>

[23] International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. IDDSI [En ligne]. [consulté le 02 juillet 2014]. Disponible : <http://iddsi.org/>

[24] Office fédéral de la statistique. Le futur de la longévité en Suisse [En ligne]. 2009 [consulté le 18 décembre 2013]. Disponible : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.119758.pdf>

Annexes

- I. E-mail pour la récolte de données de l'état des lieux des PF
- II. E-mail pour la récolte de données de l'état des lieux des enseignant-e-s
- III. E-mail pour le recrutement du FG
- IV. E-mail de confirmation de la date du FG
- V. E-mail du déroulement du FG
- VI. Plan du FG
- VII. E-mail pour le pré-test du questionnaire
- VIII. E-mail de recrutement pour le questionnaire, responsables diététicien-ne-s
- IX. E-mail de recrutement pour le questionnaire, responsables, chef-fe-s de cuisine
- X. E-mail de recrutement pour le questionnaire, référent-e-s de la dysphagie
- XI. E-mail de recrutement pour le questionnaire, ancien-ne-s étudiant-e-s cuisiner-ère e en diététique
- XII. E-mail de recrutement pour le questionnaire, enseignant-e-s
- XIII. E-mail de recrutement pour le questionnaire, participants du FG ne faisant pas partie des 43 établissements médicaux
- XIV. Questionnaire
- XV. Réponses au questionnaire sous forme de graphiques
- XVI. Réponses « autre » du questionnaire

Annexe I E-mail pour la récolte de données de l'état des lieux des PF

Chères praticiennes formatrices, chers praticiens formateurs,

Comme convenu dans notre e-mail précédant, nous nous permettons de vous écrire à nouveau pour la récolte de données de notre travail de Bachelor. Nous vous serions très reconnaissantes de répondre à notre requête afin de garantir une qualité et une représentativité optimales de notre état des lieux.

Nous sommes deux étudiantes de 3^{ème} année Bachelor de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre travail de Bachelor consiste en la réalisation d'un état des lieux pour évaluer la nécessité d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande. Dans plusieurs pays (Australie, Irlande, Royaume Unis et Suède), des outils permettant de définir et d'uniformiser les différentes textures ont été créés dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant une dysphagie. Un tel outil permet d'adopter un langage commun entre les différents professionnels confrontés à la problématique de la dysphagie, d'augmenter la sécurité de ces patients en administrant la texture ou le liquide adapté et de faciliter la fabrication de produits à textures modifiées et d'épaississants pour les liquides par les industries.

Dans un premier temps, nous souhaiterions connaître les pratiques en Suisse romande concernant les textures modifiées et l'épaississement des liquides afin d'en dresser un profil non-exhaustif. Pour ce faire, **nous avons besoin de récolter les protocoles, les fiches techniques ou autres documents de référence en vigueur dans votre établissement.** En tant que praticien-ne-s formateur-trice-s vous constituez un lien précieux avec le terrain. C'est pourquoi nous nous tournons vers vous afin d'obtenir ces documents ou **le cas échéant**, de nous faire part des textures modifiées ou des différents stades d'épaississements de liquides utilisés dans votre établissement ainsi que leur définition. Si rien n'est mis en place, nous vous serions reconnaissantes de nous le signaler également.

Suite à cette récolte de données, nous établirons une synthèse non-exhaustive sur les pratiques actuelles en Suisse romande. Dans un deuxième temps, nous créerons un questionnaire relatif aux besoins des différents professionnels (diététicien-ne-s, logopédistes et cuisinier-ère-s en diététique), aux avantages ou à l'impact de la création d'un consensus romand uniformisant ces pratiques.

Ainsi, nous vous serions extrêmement reconnaissantes de nous **faire parvenir ces documents ou explications soit par e-mail (lisa.feger@etu.hesge.ch) ou en version papier à l'adresse suivante : Lisa Feger, Vy d'Etra 76, 2000 Neuchâtel jusqu'au 20 janvier 2014** afin que nous puissions débiter notre travail d'analyse.

Dans l'attente de vos réponses, nous vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations et nous vous souhaitons une excellente année 2014.

Lisa Feger et Audrey Perseghini

Annexe II E-mail pour la récolte de données de l'état des lieux des enseignant-e-s

Chères enseignantes,
Chers enseignants,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année à la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre travail de Bachelor consiste en la réalisation d'un état des lieux et d'une évaluation pour déterminer la nécessité d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande. Dans plusieurs pays (Australie, Irlande, Royaume Uni et Suède), des outils permettant de définir et d'uniformiser les différentes textures ont été créés dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant une dysphagie. Un tel outil permet :

- d'adopter un langage commun entre les différents professionnels confrontés à la problématique de la dysphagie
- d'augmenter la sécurité des patients en administrant la texture ou le liquide adaptés à leurs capacités
- de faciliter la fabrication de produits à textures modifiées et d'épaississants par les industries
- d'avoir **un document de référence pour l'enseignement.**

Dans un premier temps, nous souhaiterions connaître les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement des textures modifiées et l'épaississement des liquides aux différents étudiants qui seront amenés à travailler avec dans leur vie professionnelle (diététicien-n-es, cuisinier-ère-s en diététique, logopédistes).

Pour ce faire, **nous aurions besoin de récolter les supports de cours et les références sur lesquelles vous vous basez pour élaborer vos cours.** Nous nous tournons vers vous afin d'obtenir ces documents pour réaliser une synthèse de ce qui est enseigné sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Dans un deuxième temps, nous créerons des questionnaires relatifs aux besoins de différents professionnels (diététicien-ne-s, logopédistes et cuisinier-ère-s en diététique).

Nous vous serions extrêmement reconnaissantes de nous **faire parvenir ces documents soit par e-mail (lisa.feger@etu.hesge.ch) ou en version papier à l'adresse suivante : Lisa Feger, Vy d'Etra 76, 2000 Neuchâtel jusqu'au 20 janvier 2014** afin que nous puissions débiter notre travail d'analyse.

Nous nous permettrons de vous envoyer un second e-mail au début du mois de janvier si nous n'avons pas reçu de réponse de votre part.

Dans l'attente de vos réponses, nous vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations.

Lisa Feger & Audrey Perseghini, Etudiantes de 3^{ème} année Bachelor

Annexe III E-mail pour le recrutement du FG

Bonjour,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année à la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre travail de Bachelor consiste à évaluer la nécessité d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande. Dans plusieurs pays (Australie, Irlande, Royaume Uni et Etats-Unis), des outils permettant de définir et d'uniformiser les différentes textures ont été créés dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant une dysphagie.

La première étape du travail consistait en la réalisation d'un état des lieux des pratiques en Suisse romande concernant les textures modifiées et l'épaississement des liquides. Nous avons récolté des protocoles, des fiches techniques ou des descriptions de pratique dans 45 établissements de soins. Ceci nous permettra d'établir une synthèse exhaustive sur les pratiques actuelles en Suisse romande.

A présent, nous souhaitons organiser un focus groupe (groupe de discussion) avec des diététicien-ne-s, des cuisinier-ère-s en diététique, des référent-e-s de la dysphagie et des enseignant-e-s dispensant des cours sur les textures modifiées et les liquides épaissis ou la prise en charge de la dysphagie. Nous vous avons choisi car vous êtes un-e spécialiste dans le domaine des textures modifiées et des liquides épaissis.

Cette discussion permettra de générer des idées et propositions pour le questionnaire qui évaluera le besoin des différents professionnels d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Organisation du Focus Groupe

Participant-e-s : 5-12 personnes

Date : 4 propositions à choix sur le lien Doodle suivant :
<http://doodle.com/ikq28smrvihpviewd>

Lieu : Lausanne (salle à définir)

Durée : 90 minutes

Thèmes abordés :

Discussion sur les pratiques et expériences autour des textures modifiées et des liquides épaissis

Présentation de la synthèse des pratiques en Suisse romande

Développement du questionnaire

Elaboration de pistes futures pour l'élaboration d'un consensus suisse romand

Merci d'indiquer dans le Doodle toutes les dates où vous seriez disponibles. Nous choisirons celle où il y a le plus de personnes inscrites. Nous vous prions de bien vouloir le remplir jusqu'au jeudi 30 janvier 2014 pour des questions d'organisation.

Dans l'attente de vos réponses, nous vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations.

Lisa Feger et Audrey Perseghini

Annexe IV E-mail de confirmation du FG

Bonjour à tous
Bonjour à toutes,

Comme convenu, nous vous communiquons la date retenue pour le focus groupe qui aura lieu le mardi 4 Mars 2014 au CHUV de Lausanne (si la salle devait changer nous vous tiendrons informés dans les plus brefs délais). Nous tenons à vous remercier de l'intérêt porté à notre projet. Pour celles et ceux qui s'étaient inscrits pour les autres dates ou qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'à Lausanne, nous regrettons sincèrement de ne pas pouvoir vous compter parmi nous lors de la discussion. Toutefois, si vos disponibilités viendraient à changer, nous serons tout à fait disposées à vous accueillir au focus groupe. Simplement faites le nous savoir par email.

Pour celles et ceux qui seront présents le 4 mars, le nom de la salle sera communiqué prochainement. En cas de désistement ou d'empêchement de votre part, nous vous serions reconnaissantes de nous le faire savoir pour des questions d'organisation.

Nous nous réjouissons de vous rencontrer et de pouvoir échanger avec vous lors de la discussion et nous restons bien sûr à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Avec nos sincères et chaleureuses salutations,

Lisa Feger & Audrey Perseghini, étudiantes 3ème Bachelor

Annexe V E-mail de confirmation de la date du FG

Bonjour à toutes et à tous,

Le focus groupe sur les textures modifiées du 4 mars 2014 à 17h30 aura lieu à la salle 14 au Bugnon 21 (bâtiment qui se situe à côté du Musée de la main), au niveau 4. Nous vous transmettons ci-joint un plan de la cité hospitalière du CHUV. Nous restons à disposition pour toute information complémentaire.

Nous vous informons que le focus groupe consiste en une discussion et à des échanges d'expérience et de points de vue, il ne nécessite par conséquent pas de préparation préalable de votre part.

Dans l'attente de vous rencontrer la semaine prochaine, nous vous adressons nos meilleures salutations,

Lisa Feger & Audrey Perseghini, étudiantes 3ème BSc

Annexe VI Déroulement du FG

Plan du Focus groupe

- Introduction (5min)
 - Accueil
 - Déroulement, mode d'intervention
 - Consentement oral pour l'enregistrement audio
 - Confidentialité et respect de l'anonymat
- Tour de table- Présentation des participants (10 min)
 - Nom
 - Profession
 - Lieu de travail
 - Nombre d'années d'expérience
 - Lieu(x) de travail antérieur
 - Motivation(s) de la participation au focus groupe
- Difficultés et problématiques rencontrées avec les textures : préparation, prescription, problèmes dans la pratique (15 min)
- Avantages-Désavantages d'un consensus suisse romand (15 min)
- Présentation de la synthèse de l'état des lieux (10 min)
 - Réactions, commentaires, ...
- Faisabilité et réalisation d'un consensus suisse romand (10 min)
- Présentation du questionnaire (10 min)
 - Forme
 - Destinataires
 - Thèmes abordés
 - Idées supplémentaires
- Présentation de consensus étrangers existants (15 min)
 - Pistes pour la réalisation d'un consensus suisse romand
- Conclusion (5min)
 - Synthèse
 - Remerciements

Annexe VII E-mail pour le pré-test du questionnaire

Chères professionnelles,
Chers professionnels,

A la suite du focus groupe du mois mars dernier, nous avons à présent réalisé notre questionnaire visant à évaluer le besoin des professionnels d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande.

Avant de l'envoyer à tous les professionnels, nous aurions souhaité le pré-tester avec vous afin d'avoir un retour de votre part. Une fois rempli, serait-il possible de nous envoyer un e-mail avec vos remarques ou suggestions d'amélioration et une estimation du temps que cela vous a pris pour le remplir ?

Nous vous serions extrêmement reconnaissantes de nous répondre jusqu'au **jeudi 08 mai 2014**.

Lien du questionnaire:

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9lm9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/viewform?usp=send_form

Nous vous adressons nos meilleures salutations.

Lisa Feger et Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} Bachelor

Annexe VIII E-mail de recrutement pour le questionnaire, responsables diététicien-ne-s

Chères responsables diététiciennes,
Chers responsables diététiciens,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de Bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais **évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.**

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous et de le **transmettre également aux diététicien-ne-s de votre établissement.** (Durée 5-10 minutes max.)

(Dans le cas où un-e diététicien-ne ne posséderait pas d'adresse e-mail pour que le questionnaire lui soit transmis, le lien ci-dessous peut être utilisé par plusieurs personnes).

Par la suite, nous vous serions reconnaissantes de nous renvoyer par e-mail (lisa.feger@etu.hesge.ch) le **nombre de diététicien-ne-s** à qui vous avez pu transmettre le questionnaire.

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9lm9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014.**

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini, Etudiantes 3^{ème} année bachelor

Annexe IV E-mail de recrutement pour le questionnaire, responsables, chef-fe-s de cuisine

Chères responsables,
Chers responsables,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de Bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais **évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.**

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir **remplir le questionnaire** ci-dessous (durée 5-10 minutes max.) et de le **transmettre également aux cuisinier-ère-s en diététique ou le cas échéant aux cuisinier-ère-s de votre établissement.**

(Dans le cas où un-e cuisinier-ère ne posséderait pas d'adresse e-mail pour que le questionnaire lui soit transmis, le lien ci-dessous peut être utilisé par plusieurs personnes).

Par la suite, nous vous serions reconnaissantes de nous renvoyer par e-mail (lisa.feger@etu.hesge.ch) le **nombre de cuisinier-ère-s en diététique ou de cuisinier-ère-s** à qui vous avez pu transmettre le questionnaire.

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9Im9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014.**

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} année Bachelor

Annexe X E-mail de recrutement pour le questionnaire, référent-e-s de la dysphagie

Chères professionnelles
Chers professionnels,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de Bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais **évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.**

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir **remplir le questionnaire** ci-dessous (**durée 5-10 minutes max.**) et de le **transmettre également aux personnes de votre équipe ou de votre établissement qui prennent en charge la dysphagie.**

(Dans le cas où un professionnel ne posséderait pas d'adresse e-mail pour que le questionnaire lui soit transmis, le lien ci-dessous peut être utilisé par plusieurs personnes).

Par la suite, nous vous serions reconnaissantes de nous renvoyer par e-mail (lisa.feger@etu.hesge.ch) le **nombre de professionnel-le-s** à qui vous avez pu transmettre le questionnaire.

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9Im9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014.**

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} année Bachelor

Annexe XI E-mail de recrutement pour le questionnaire, ancien-ne-s étudiant-e-s de la filière cuisinier-ère-s en diététique

Chères cuisinières en diététique,
Chers cuisiniers en diététique,

La directrice de la formation des cuisinier-ère-s en diététique de Genève, Mme Evelyne Orsat, s'est permis de nous transmettre vos adresses e-mail dans le but de répondre à questionnaire susceptible de vous intéresser.

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais **évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.**

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous (durée 5-10 minutes max.)

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9Im9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014.**

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse participation et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} année Bachelor

Annexe XII E-mail de recrutement pour le questionnaire, enseignant-e-s

Chères enseignantes,
Chers enseignants,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous. (durée 5-10 minutes max.)

Merci de cocher la case « enseignant-e » à la première question.

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9lm9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014**.

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} année Bachelor

Annexe XIII E-mail de recrutement pour le questionnaire, participant-e-s du FG ne faisant pas partie des 43 établissements médicaux

Chères professionnelles
Chers professionnels,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève.

Notre réalisons un travail de bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis.

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans des établissements de soins, nous souhaitons désormais **évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques.**

Pour cela, nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir **remplir le questionnaire** ci-dessous (**durée 5-10 minutes max.**).

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1rOBFHlp8z2_D9lm9wdjWT1S7bXuxyj4GuFw2sPo8l8k/edit#

Merci de nous d'envoyer vos réponses avant le **dimanche 25 mai 2014.**

Nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration et vous adressons nos sincères et chaleureuses salutations !

Lisa Feger & Audrey Perseghini
Etudiantes 3^{ème} année bachelor

Annexe XIV Questionnaire

Chères professionnelles,

Chers professionnels,

Nous sommes deux étudiantes en dernière année de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève. Nous réalisons un travail de bachelor qui a pour objectif d'évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis. Dans plusieurs pays (Australie, Irlande, Royaume-Uni et Suède), des consensus permettant de définir et d'uniformiser les différentes textures et degrés de viscosité des liquides ont été créés dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant une dysphagie. (Exemples de consensus: Australie

http://dmsweb.daa.asn.au/files/Info%20for%20Professionals/Texture_Mod_Poster.pdf; Irlande <http://iaslt.ie/docs/public/Irish%20consistency%20descriptors%20poster.pdf>)

Après avoir réalisé un état des lieux visant à identifier les pratiques en Suisse romande concernant l'enseignement, la préparation et la prescription des textures modifiées et l'épaississement des liquides dans les établissements de soins, nous souhaitons désormais évaluer le besoin des professionnels d'un consensus suisse romand qui unifierait les pratiques. Pour cela nous avons besoin de votre avis, c'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous. Il faut compter 5-10 minutes maximum pour le remplir. Les questions sont essentiellement sous forme de questions à choix multiple ou de questions à réponses courtes et l'anonymat est garanti. Nous vous serions extrêmement reconnaissantes de bien vouloir y répondre jusqu'au dimanche 25 mai 2014.

Merci d'avance pour votre précieuse participation !

Lisa Feger & Audrey Perseghini, étudiantes 3ème année Bachelor

*Obligatoire

1. Quelle est votre profession? *

(si vous avez plusieurs professions, sélectionnez la principale)

Une seule réponse possible.

- ☐ Diététicien-ne Passez à la question 2.
- ☐ Ergothérapeute Passez à la question 2.
- ☐ Logopédiste Passez à la question 2.
- ☐ Physiothérapeute Passez à la question 2.
- ☐ Cuisinier-ère Passez à la question 12.
- ☐ Cuisinier-ère en diététique Passez à la question 12.
- ☐ Enseignant-e (dispensant des cours sur les textures modifiées et/ou les liquides épaissis ou sur la prise en charge de la dysphagie) Passez à la question 19.
- ☐ Autre : Passez à la question 2.

2. Depuis combien d'année(s) exercez-vous cette profession? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 0-4 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 11-15 ans
- ☐ > 15 ans

3. Dans quel type d'établissement travaillez-vous? *

(si vous travaillez dans plusieurs établissements, choisissez celui dont le pourcentage de travail est le plus élevé)

Une seule réponse possible.

- ☐ hôpital
- ☐ clinique
- ☐ EMS
- ☐ CTR
- ☐ hôpital universitaire
- ☐ Autre :

4. Dans quel canton se trouve votre établissement? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Jura
- ☐ Neuchâtel
- ☐ Vaud
- ☐ Fribourg
- ☐ Valais
- ☐ Genève
- ☐ Autre :

5. Est-ce que votre établissement propose des textures modifiées? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 26.
- ☐ non Passez à la question 6.
- ☐ ne sais pas Passez à la question 6.

6. Dans votre établissement, lorsque qu'un patient présente une dysphagie aux liquides, est-ce que les boissons sont épaissies? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 30.
- ☐ non Passez à la question 7.
- ☐ ne sais pas Passez à la question 7.

7. Avez-vous déjà changé d'établissement de soins au cours de votre carrière? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 8.
- ☐ non Passez à la question 9.

8. En changeant d'établissement de soins, avez-vous dû vous adapter à une autre terminologie et/ou à des pratiques différentes concernant les textures modifiées et les liquides épaissis? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 9.
- ☐ non Passez à la question 9.

9. Êtes-vous satisfait-e de la situation actuelle concernant les textures modifiées et les liquides épaissis au sein de votre établissement/ de votre école? *

Une seule réponse possible.

- pas du tout satisfait-e Passez à la question 11.
- pas satisfait-e Passez à la question 11.
- satisfait-e Passez à la question 10.
- très satisfait-e Passez à la question 10.
- sans avis Passez à la question 33.

10. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous satisfait-e ou très satisfait-e? *

Passez à la question 33.

11. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait-e ou pas du tout satisfait-e? *

Passez à la question 33.

12. Depuis combien d'année(s) exercez-vous cette profession? *

Une seule réponse possible.

- 0-4 ans
- 5-10 ans
- 11 -15 ans
- >15 ans

13. Dans quel type d'établissement travaillez-vous? *

(si vous travaillez dans plusieurs établissements, choisissez celui dont le pourcentage de travail est le plus élevé)

Une seule réponse possible.

- hôpital
- clinique
- CTR
- EMS
- hôpital universitaire
- Autre :

14. Dans quel canton se trouve votre établissement? *

Une seule réponse possible.

- Neuchâtel
- Vaud
- Jura
- Fribourg
- Valais
- Genève
- Autre :

15. Avez-vous des textures modifiées dans votre établissement? *

Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 16.
- non Passez à la question 7.
- ne sais pas Passez à la question 7.

16. Combien de textures modifiées existe-t-il au sein de votre établissement? *

(la texture "Normal" n'est pas à prendre en compte)

Une seule réponse possible.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ > 8

17. Existe-t-il des protocoles ou des fiches techniques concernant les textures modifiées au sein de votre établissement? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

18. Les critères de définition des différentes textures modifiées sont-ils assez précis pour vous permettre une préparation adéquate de celles-ci? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 7.
- ☐ non Passez à la question 7.
- ☐ sans avis Passez à la question 7.

19. A qui dispensez-vous des cours sur les textures modifiées et les liquides épaissis? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ aux étudiant-e-s en nutrition et diététique
- ☐ aux étudiant-e-s logopédistes
- ☐ aux étudiant-e-s cuisinier-ère-s en diététique
- ☐ Autre :

20. Sur quelle(s) référence(s) vous basez-vous pour l'enseignement des textures modifiées et des liquides épaissis? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ aucune
- ☐ consensus d'autres pays
- ☐ référence(s) provenant d'un établissement
- ☐ Autre :

21. Trouvez-vous que les références que vous utilisez pour l'enseignement sont adaptées aux pratiques de la Suisse romande? *

Une seule réponse possible.

- ☐ pas adaptées Passez à la question 23.
- ☐ peu adaptées Passez à la question 23.
- ☐ adaptées Passez à la question 22.
- ☐ très adaptées Passez à la question 22.
- ☐ sans avis Passez à la question 24.

22. Pour quelle(s) raison(s) sont-elles adaptées ou très adaptées? *

Passez à la question 24.

23. Pour quelle(s) raison(s) sont-elles peu adaptées ou pas adaptées? *

Passez à la question 24.

24. Avez-vous déjà rencontré des problématiques lors de la préparation des cours sur les textures modifiées ou les liquides épaissis? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 25.
- ☐ non Passez à la question 9.

25. De quelle(s) problématique(s) s'agit-il? *

Passez à la question 9.

26. Combien de textures modifiées existe-t-il au sein de votre établissement? *

(la texture "Normal" n'est pas à prendre en compte)

Une seule réponse possible.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ > 8

27. Avez-vous des textures spécifiques pour la dysphagie (alimentation protégée/sécurisée)? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

28. Existe-t-il des protocoles ou des fiches techniques concernant les textures modifiées au sein de votre établissement? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

29. Pensez-vous que les critères de définition des textures modifiées sont-ils suffisamment précis? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 6.
- ☐ non Passez à la question 6.
- ☐ ne sais pas Passez à la question 6.

30. Comment sont épaissies les boissons? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- poudre épaississante
- ne sais pas
- Autre :

31. Comment le degré de viscosité des boissons est-il défini? *

Une seule réponse possible.

- modalités de préparation de la poudre épaississante, passez à la question 7.
- selon les recommandations en vigueur dans l'établissement, passez à la question 7.
- ne sais pas, passez à la question 7.
- rien n'est défini
- Autre : , passez à la question 7.

32. Lors de notre état des lieux, nous avons recensé 27 appellations différentes pour les textures modifiées et 5 degrés de viscosité différents pour les liquides épaissis sur les 14 protocoles récoltés auprès d'établissements de soins. Quelle(s) problématique(s) voyez-vous au fait qu'il y ait 27 appellations différentes pour les textures modifiées? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- aucune
- problème lors de transfert de patient nécessitant une alimentation à textures modifiées du fait de la non-uniformité entre les établissements
- langage non-commun qui peut créer des erreurs/confusions entre professionnels au sein du même établissement au niveau des textures modifiées et des liquides épaissis
- risque de contradiction
- Autre :

33. Quel(s) avantage(s) voyez-vous au fait qu'il y ait 27 appellations différentes pour les textures modifiées? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- large choix de textures modifiées
- aucun
- Autre :

34. Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande? *

Une seule réponse possible par ligne.

	pas d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	sans avis
Langage commun entre les professionnels					

	pas d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	sans avis
Favorise l'interdisciplinarité					
Cohérence entre les cours théoriques et la pratique					
Facilite les changements d'établissements pour le personnel soignant					
Facilite le transfert d'un établissement à un autre pour les patients nécessitant une alimentation à texture modifiée					
Les critères de chaque texture modifiée avec les aliments autorisés et interdits seraient définis de façon plus précise					
Références communes entre les filières de formation					
Possibilité de se baser sur des références suisses romandes adaptées à nos pratiques					
Plus de sécurité pour le patient					

35. Voyez-vous d'autre(s) avantage(s) à un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?

36. Quels seraient les inconvénients d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande? *

Une seule réponse possible par ligne.

	pas d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	sans avis
Uniformisation					
pas certaine					
car pas					
d'obligation					
d'utiliser le					
consensus					
Nécessité de					
former le					
personnel à de					
nouvelles					
pratiques					
Difficulté à					
remettre à jour					
les documents					
existants					
Pas adaptable					
à tous les					
établissements					

37. Voyez-vous d'autre(s) inconvénient(s) à un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?

38. Après cette réflexion autour des textures modifiées et des liquides épaissis, trouveriez-vous utile d'avoir un consensus qui unifierait les pratiques des professionnels en Suisse romande? *

Une seule réponse possible.

- pas du tout utile
- peu utile
- utile
- très utile
- sans avis

39. De quelle manière imagineriez-vous créer ce consensus? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- en partant d'une base vierge
- en s'inspirant d'un consensus étranger existant
- en reprenant un protocole déjà établi d'un établissement romand
- Autre :

40. Aviez-vous connaissance de consensus étrangers sur les textures modifiées et les liquides épaissis avant de remplir ce questionnaire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non

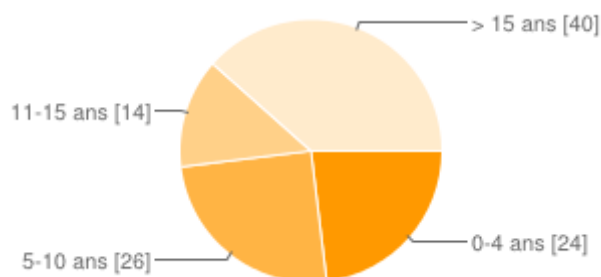
Annexe XV Réponses au questionnaire sous forme de graphiques

Résumé des 159 réponses

Quelle est votre profession?

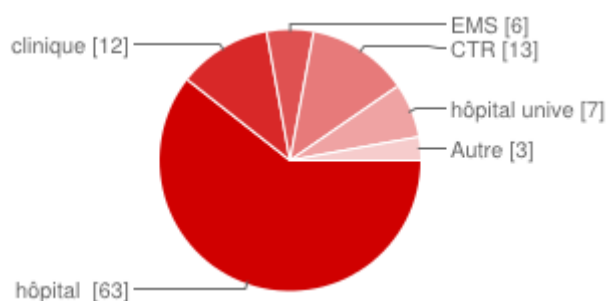
Dététicien-ne	60 (38 %)
Ergothérapeute	12 (8 %)
Logopédiste	7 (4 %)
Physiothérapeute	13 (8 %)
Cuisinier-ère	8 (5 %)
Cuisinier-ère en diététique	42 (26 %)
Enseignant-e (dispensant des cours sur les textures modifiées et/ou les liquides épaissis ou sur la prise en charge de la dysphagie)	5 (3 %)
Autre	12 (8 %)

Depuis combien d'année(s) exercez-vous cette profession? (prescripteur-trice-s)



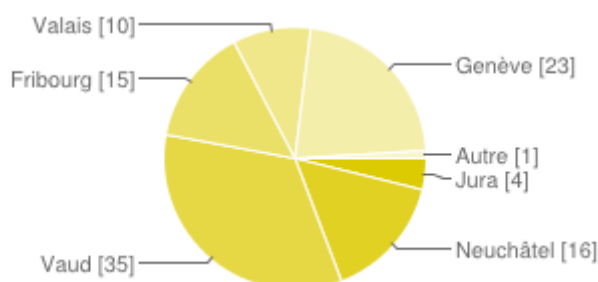
0-4 ans	24 (23 %)
5-10 ans	26 (25 %)
11-15 ans	14 (13 %)
> 15 ans	40 (38 %)

Dans quel type d'établissement travaillez-vous? (prescripteur-trice-s)



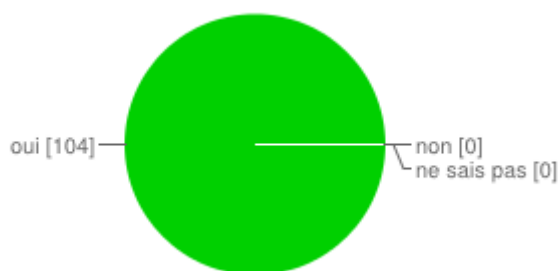
hôpital	63 61 %
clinique	12 12 %
EMS	6 6 %
CTR	13 13 %
hôpital universitaire	7 7 %
Autre	3 3 %

**Dans quel canton se trouve votre établissement?
(prescripteur-trice-s)**



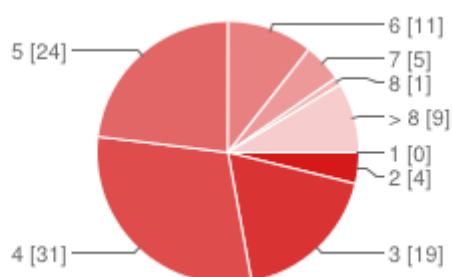
Jura	4	4 %
Neuchâtel	16	15 %
Vaud	35	34 %
Fribourg	15	14 %
Valais	10	10 %
Genève	23	22 %
Autre	1	1 %

Est-ce que votre établissement propose des textures modifiées? (prescripteur-trice-s)



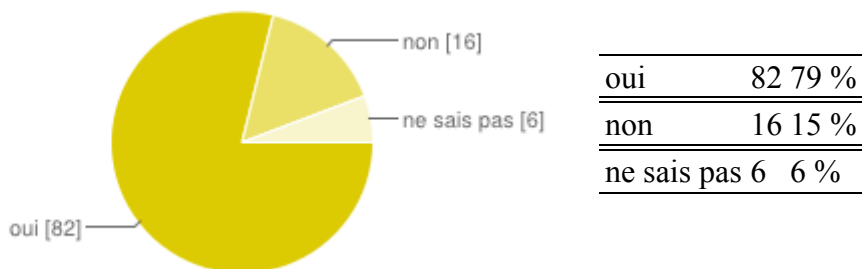
oui	104	100 %
non	0	0 %
ne sais pas	0	0 %

**Combien de textures modifiées existe-t-il au sein de votre établissement?
(prescripteur-trice-s)**

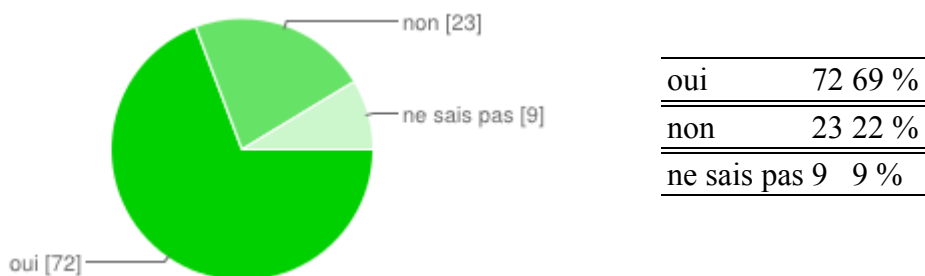


1	0	0 %
2	4	4 %
3	19	18 %
4	31	30 %
5	24	23 %
6	11	11 %
7	5	5 %
8	1	1 %
> 8	9	9 %

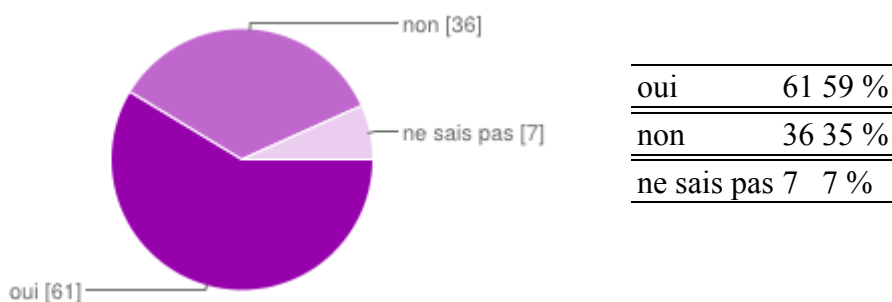
Avez-vous des textures spécifiques pour la dysphagie (alimentation protégée/sécurisée)? (prescripteur-trice-s)



Existe-t-il des protocoles ou des fiches techniques concernant les textures modifiées au sein de votre établissement? (prescripteur-trice-s)

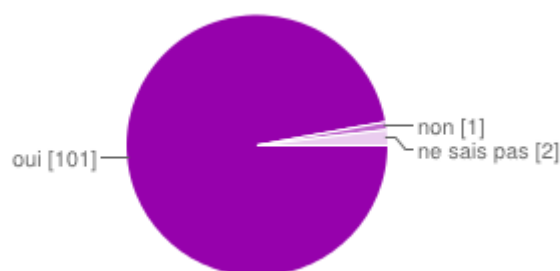


Pensez-vous que les critères de définition des textures modifiées sont-ils suffisamment précis? (prescripteur-trice-s)



Dans votre établissement, lorsque qu'un patient présente une dysphagie aux liquides, est-ce que les boissons sont épaissies? (prescripteur-trice-s)

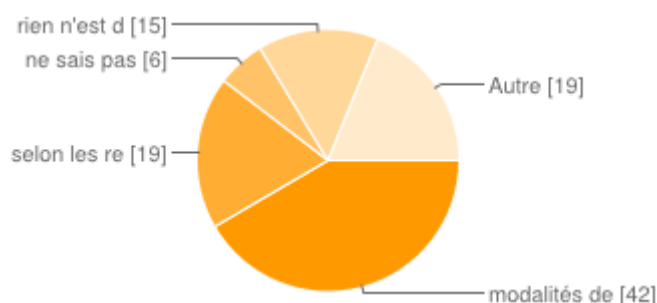
oui	101	97 %
non	1	1 %
ne sais pas	2	2 %



Comment sont épaissies les boissons? (plusieurs choix possibles) (prescripteur-trice-s)

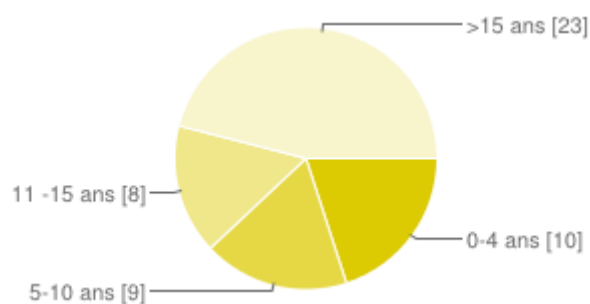
poudre épaississante	101	90 %
ne sais pas	0	0 %
Autre	11	10 %

Comment le degré de viscosité des boissons est-il défini? (prescripteur-trice-s)



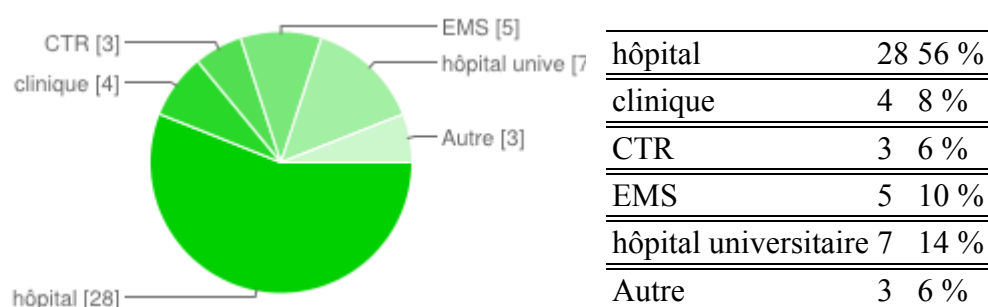
modalités de préparation de la poudre épaississante	42	42 %
selon les recommandations en vigueur dans l'établissement	19	19 %
ne sais pas	6	6 %
rien n'est défini	15	15 %
Autre	19	19 %

Depuis combien d'année(s) exercez-vous cette profession? (fabricant-e-s)

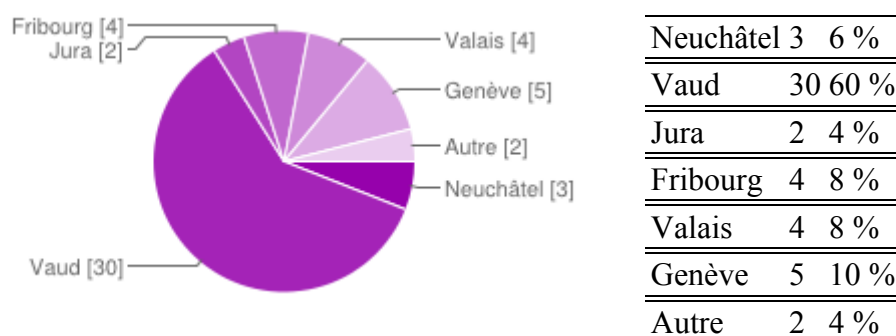


0-4 ans	10	20 %
5-10 ans	9	18 %
11 -15 ans	8	16 %
>15 ans	23	46 %

Dans quel type d'établissement travaillez-vous? (fabricant-e-s)



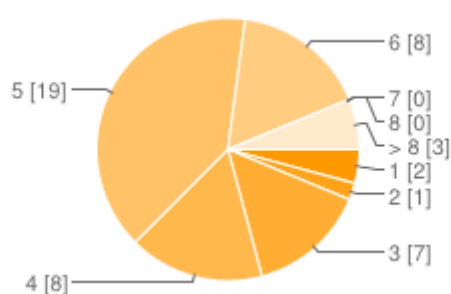
Dans quel canton se trouve votre établissement? (fabricant-e-s)



Avez-vous des textures modifiées dans votre établissement? (fabricant-e-s)

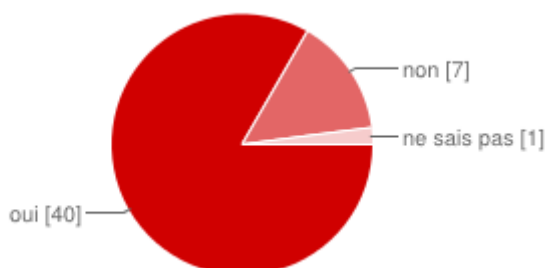


**Combien de textures modifiées existe-t-il au sein de votre établissement?
(fabricant-e-s)**



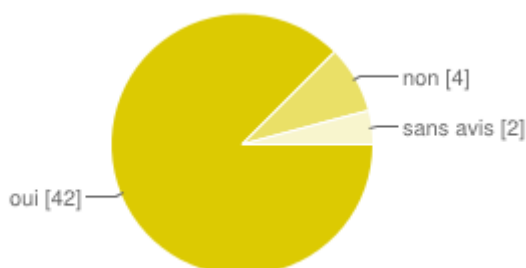
1	2	4 %
2	1	2 %
3	7	15 %
4	8	17 %
5	19	40 %
6	8	17 %
7	0	0 %
8	0	0 %
> 8	3	6 %

Existe-t-il des protocoles ou des fiches techniques concernant les textures modifiées au sein de votre établissement? (fabricant-e-s)



oui	40	83 %
non	7	15 %
ne sais pas	1	2 %

Les critères de définition des différentes textures modifiées sont-ils assez précis pour vous permettre une préparation adéquate de celles-ci? (fabricant-e-s)



oui	42	88 %
non	4	8 %
sans avis	2	4 %

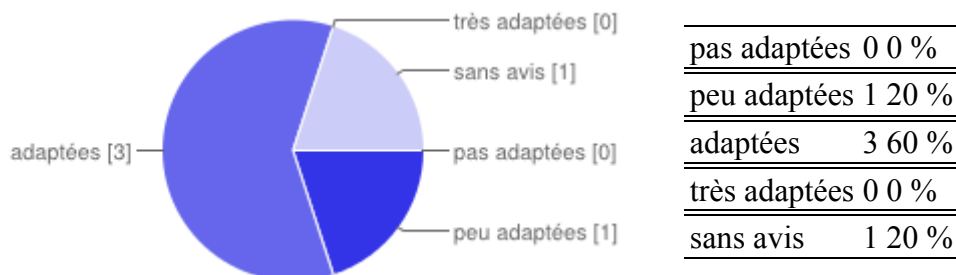
A qui dispensez-vous des cours sur les textures modifiées et les liquides épaissis? (plusieurs réponses possibles) (enseignant-e-s)

aux étudiant-e-s en nutrition et diététique	4 57 %
aux étudiant-e-s logopédistes	1 14 %
aux étudiant-e-s cuisinier-ère-s en diététique	2 29 %
Autre	0 0 %

Sur quelle(s) référence(s) vous basez-vous pour l'enseignement des textures modifiées et des liquides épaissis? (plusieurs réponses possibles) (enseignant-e-s)

aucune	1 11 %
consensus d'autres pays	4 44 %
référence(s) provenant d'un établissement	3 33 %
Autre	1 11 %

Trouvez-vous que les références que vous utilisez pour l'enseignement sont adaptées aux pratiques de la Suisse romande? (enseignant-e-s)



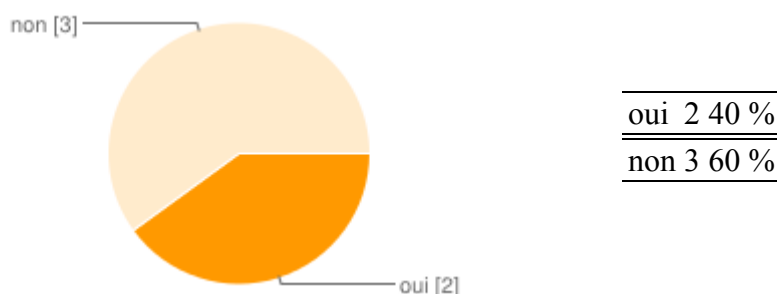
Pour quelle(s) raison(s) sont-elles adaptées ou très adaptées? (enseignant-e-s)

Références de l'établissement développées et améliorées au fil du temps. En constante évolution. Références internationales peuvent être adaptées au contexte local si besoin Je suis en contact avec le terrain et "j'adapte" ou je "rapproche" les pratiques des cuisiniers aux besoins de l'enseignement. représente une synthèse de ce qui se pratique dans les établissements des étudiants

Pour quelle(s) raison(s) sont-elles peu adaptées ou pas adaptées? (enseignant-e-s)

Les aliments présentés ne correspondent pas aux habitudes de consommation suisse. La langue de présentation n'est pas le français.

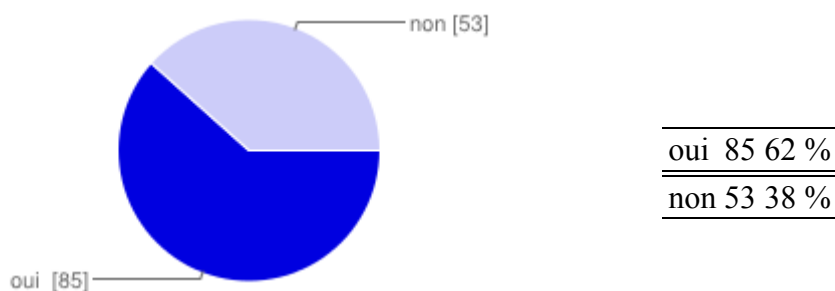
Avez-vous déjà rencontré des problématiques lors de la préparation des cours sur les textures modifiées ou les liquides épaissis? (enseignant-e-s)



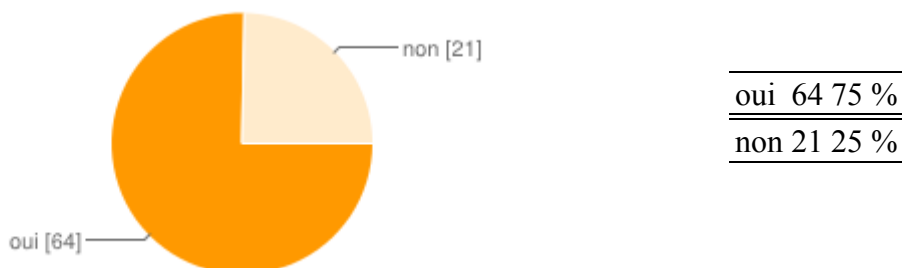
De quelle(s) problématique(s) s'agit-il? (enseignant-e-s)

Difficulté pour bien préparer les étudiants à leur premier stage : L'enseignement des textures modifiées et liquides épaissis que je donne a lieu en début de formation. A ce moment de la formation, même s'il est essentiel d'aborder le fait que les normes ou standards ne sont jamais parfaits et qu'ils diffèrent souvent d'un groupe d'experts à l'autre, les étudiants ont besoin de repaires pour pouvoir arriver plus sûrs d'eux en stage (le cours à lieu avant le premier stage). Il est donc parfois difficile pour les étudiant-e-s de savoir comment se préparer au travail avec des textures modifiées. L'arrivée en stage n'est pas toujours facile, les étudiant-e-s doivent gérer le premier contact avec des patients et des attentes des diététicien-ne-s qui les encadrent sur une certaine maîtrise de la matière théorique. Un langage commun et basé sur les données probantes existantes (même s'il ne sera jamais parfait) serait d'une grande aide pour mieux préparer les étudiants à l'acquisition des compétences en stage. orientation des étudiants pour réussir leurs recettes définir les enrichissements à exiger faire des liens entre les recommandations (très générales) type Australie, Irlande avec la pratique très diverses selon les exigences de chaque pathologie en lien avec cette thématique

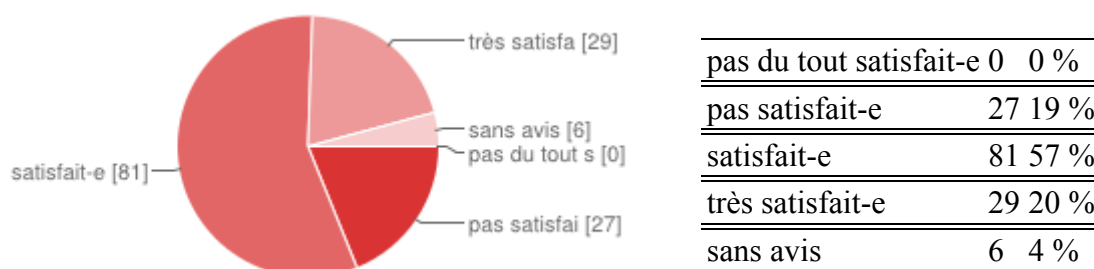
Avez-vous déjà changé d'établissement de soins au cours de votre carrière? (prescripteur-trice-s et fabricant-e-s)



En changeant d'établissement de soins, avez-vous dû vous adapter à une autre terminologie et/ou à des pratiques différentes concernant les textures modifiées et les liquides épaissis? (prescripteur-trice-s et fabricant-e-s)



Êtes-vous satisfait-e de la situation actuelle concernant les textures modifiées et les liquides épaissis au sein de votre établissement/ de votre école? (tous les professionnels)



Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous satisfait-e ou très satisfait-e? (tous les professionnels)

Nous avons mis en place un nouveau protocole dernièrement avec des brochures qui précisent les différentes textures et qui sont disponibles pour les soins, les diététiciens, ergo, physio, et la cuisine et qui ont largement uniformisé les pratiques et diminué les erreurs (plateau avec une texture non adaptée par mégarde ex: viande hachée fin dans un mixé ...) et qui ont rendu tous les professionnels plus attentifs, conscients du problème et sûr de ce qu'il fait. depuis peu, nous avons réussi à unifier les dénominations + les aliments permis et interdits de chaque texture pour les 5 sites de l'hôpital. c'est en test actuellement. voilà pourquoi, je ne suis pas encore "très" satisfaite. il faudra probablement faire des réajustements Car je vais directement discuter soit avec le patient, soit avec l'équipe soignante du niveau des troubles de la déglutition, entre l'assiette et le patient il n'y a pas beaucoup d'intermédiaires et d'incompréhensions. les textures correspondent bien aux différentes capacités des patients. il y a plusieurs arômes donc on peut varier les goûts pour le patient ca fonctionne Même si il n'existe pas encore de protocoles établis, nous avons la chance de pouvoir suivre étroitement

nos patients. Nous pouvons vérifier les textures adéquates des patients à risque en cuisine ou auprès de l'infirmière. car nous appliquons au plus précis les différentes textures Choix des textures adaptées à tous les types de pathologies (ORL, neuro,...) prise en charge multidisciplinaire - Différentes textures bien définies - Flexibilité dans l'adaptation des textures . cela correspond aux besoin de nos clients Nombreuses textures à dispositions dans l'établissement avec des possibilités d'adaptation si besoin. La texture idéale pour le patient est généralement possible. Satisfait MAIS perfectible. Enseigner des techniques à partir de consensus reconnus au niveau national aurait, je pense, plus de pertinence. Actuellement, c'est à chaque étudiant d'adapter leur connaissance à la pratique de son établissement, ce qui ne fait pas avancer le consensus !!!!!!! - protocoles établis par les diététiciens-ennes de l'hôpital remis à jour annuelle des textures modifiées - critères de la haute école de santé de Genève - collaboration avec les diétéciens-ennes Parce que les liquides sont épaissit au besoins directement par les inf. (poudre épaississante à l'étagé) ce qui permet au patient de recevoir de suite une texture adaptée. Ses besoins sont pris en compte. Des tests de déglutitions sont fait sur demande par les physios. ou ergothérapeutes et les résultats nous sont retransmis en général. Nous pouvons ainsi trouver au plus vite une texture adaptée aux troubles de la déglutition du patient. Nous avons à disposition plusieurs choix de textures modifiées dont un normal "dysphagie" afin de permettre au pt un max.de choix ? Je pense que l'utilisation des textures modifiées et adaptées à la déglutition suite à des AVC,... est récente (moins de 3 ans) et du coup, certains professionnels du côté des infirmiers, des cuisiniers par exemple ont tendance à négliger l'importance de l'observation des recommandations, d'où un certain laxisme ! Mais je pense qu'une meilleure communication, formation serait utile à les faire prendre conscience de l'importance de ces adaptations pour le patient. Un référentiel alimentaire a été élaboré en collaboration avec plusieurs thérapeutes de la déglutition, diététiciens, cuisine. Ce référentiel a été ré-évalué depuis. Egalement, des séances d'informations et de formations auprès des soignants ont été organisées pour sensibiliser les équipes de soins au problèmes de déglutition (préparation boisson épaissie, installation du patient,...) Une prise en charge a enfin lieu, mais il est difficile de sensibiliser les autres soignants à ce problèmes et de créer une vraie politique de prise en charge de la dysphagie. ouverture du dialogue avec les infirmières et la diététicienne si je me trouve avec une personne souffrant de dysphagie. Cependant, je ne vais pas aller chercher un document type protocole par manque de temps. Car s est moi qui est mis en place tout se qu il y a aujourd'hui dans l'établissement où je suis avant il n y avait rien Atteinte de notre objectif sur les textures modifiées pour les besoins de nos patient en Psychiatrie D'après les informations en retour, notre pratique donne satisfaction. En cas de demande spécifique, nous nous adaptons. les modalités de préparation sont relativement simples et claires et peuvent être réajustée en fonction de la viscosité souhaitée. dieteticiens présents sur le site très aidant. Les patients sont très satisfait c est la aussi le but du métier faire plaisir Bon protocole et procédure bien claire sur les textures modifiées. Bonne collaboration avec le service de logopédie. pas entièrement satisfaite car pas de cuisinier en diététique pour appliquer les protocoles, les textures sont parfois négligées Adapté aux différentes pathologies du patients Les quantités d'épaississant sont définies selon les types de liquides, considérations pour la températures comprises. Les tests ont d'ailleurs impliqués la plupart des thérapeutes de la déglutition qui ont pu eux-mêmes en faire l'expérience. bien organisé La texture est toujours adaptée aux besoins du patient. Nous avons des textures qui conviennent à la plupart des cas. Si nécessaires nous faisons des adaptations plus personnalisées. les textures modifiée represante 200 repas dans mon établissement, nous mettons tout en oeuvre pour couvrir adéquatement les besoins nutritionnelles et pour facilité la prise alimentaire a nos patients relativement clairement défini et simplifié n Nous respectons scrupuleusement les directives concernant les textures modifiées, et nous faisons attention à la présentation, aux mets variés, aux goûts qui doivent

être attrayants. Je trouve que les produits épaississants utilisés donnent de très bon résultats n'altèrent pas le goût des aliments, bonne proposition de variabilité de textures. Il manque encore des informations concernant les indications pour chaque des textures de façon claires. J'ai suivi la formation de cuisinier en diététique l'année dernière. De ce fait, j'ai utilisé les supports remis par l'école afin de créer mes propres documents pour l'usage interne dans notre institution. Documents décrivant les régimes aux soins (buts et solutions) afin de sensibiliser aux régimes et avoir un langage commun. Documents pour la production (recettes et description des textures et enrichissements) les textures ont été travaillées par les logopédistes Texture créée sur la base du menu, mixe avec texture onctueuse, goût idem que le menu Les mixés lisse fonctionnent bien pour nos dysphagiques, puis on leur donne en général du hx FIN, puis du hx, puis du coupé selon les situations, avant d'arriver au repas Normal. Nous avons développé avec mon équipe des recettes adaptées pour les différentes textures...on a cherché longtemps afin de trouver ce qui s'applique le mieux surtout pour les mixés - mixés lisse...nous avons mis au point une technique simple, rationnelle, efficace et applicable dans le respect des normes nutritionnelles et HACCP. Passablement de possibilités d'adaptation des textures en collaboration avec les diététiciennes selon les difficultés de déglutition des patients Nous avons mis en place un nouveau concept menu diététique, Les régimes et textures modifiées ont été établis avec les diététiciennes selon des critères bien définis....Nous avons démarré le nouveau concept menu le 28 avril 2014. Pour l'instant je suis assez satisfait des choix proposés pour les patients, et la qualité des produits finis, la présentation sur assiette. Les menus sont structurés chez nous et les textures ne sont pas un problème. Clarté et palette suffisamment grande Aide des diététiciens dans le choix des textures et matériel à disposition s'il y a des procédures en place et si l'on peut collaborer avec logo + équipe cuisine pour avancer avec cette problématique et trouver des solutions Le protocole de PEC est clairement défini. Plusieurs alternatives proposées aux patients Modification des pratiques ces dernières années, avec suppression de matériel "dangereux" (comme les pipettes) Reflexion interdisciplinaire La prise en charge des troubles de la déglutition est adaptée à chaque cas. Donc le patient reçoit une alimentation adaptée et personnalisée. Je n'ai pas besoin d'aucun protocole pour donner des recettes toutes faites. Je travaille uniquement sur le principe de "épaissir en fonction du patient". les fiches techniques sont claires et elles ont été faites sur le plan cantonal donc on n'a pas de soucis lors de transfert de patients Une diététicienne passe voir les patients et adapte leur menus pour eux, pour qui mange un maximum Un travail en profondeur a été effectué entre les cuisines, des collègues diététiciennes pour simplifier et améliorer les définitions des textures modifiées adaptées aux troubles de la déglutition. Une unification entre les divers sites du canton est appréciable, ce qui permet une meilleure cohérence et prise en charge lors du transfert d'un patient d'un site à l'autre. Prise en charge interdisciplinaire efficace Parce que nous avons réussi à mettre en place ces textures avec les logos car c'est les directives de l'hôpital Nous élaborons des textures modifiées de très haut niveau, présentations, dégustations et équilibre alimentaire selon les régimes. Parce que c'est simple et efficace. En multipliant les textures on introduit plus d'incertitudes et potentiellement plus d'erreurs. Car j'estime que nous proposons une bonne prise en charge des patients ayant des troubles de la déglutition par des personnes formées. Egalement car tout le personnel est sensibilisé aux signes faisant référence à une dysphagie. Nous sommes une clinique de convalescence avec peu de diversité dans les textures modifiées mais il est vrai que nous n'avons pas de cadre défini et nous travaillons par habitude. Ces régimes peuvent être faits de façon identique avec précision. nous avons un bon contact avec les diététiciennes pour pouvoir cerner la demande des patients et des ergothérapeutes Nous travaillons régulièrement avec le service de restauration et les soins pour répondre au mieux aux besoins des patients. Mais il y a toujours quelque chose à améliorer, surtout sur le plan individuel, où dans un grand établissement, il est plus difficile de faire sur "sur mesure". très bonne définition des

types de textures Un travail de mise en commun des savoirs ergo-logo-diet a été effectué afin d'harmoniser et coordonner nos pratiques dans l'établissement (terminologie, collaboration avec la cuisine, fiches techniques...) A la vue de la consommation importante et augmentante d'année en année de la poudre épaississante, les problèmes de dysphagie sont bien repérés et traités dans l'institution Facilement gerable klare Definitionen, alle sprechen und verstehen das gleiche Même ligne de conduite pour tout le monde. Sécurité pour le patient (risque de fausses-routes réduites) Les textures sont bien défini par , il y a un référentiel pour le resulta protocole en cours clair Les textures ont été récemment revues et correspondent aux besoins des patients nous les préparons tous les jours.nous les vérifions a la chaîne et la diététicienne aussi. cela correspond au patient que nous avons - Définitions précises, bien suivies par les cuisiniers et les soins, textures définies par un groupe de travail pluridisciplinaire |... Car la palette de possibilités de texture permet de toujours trouver une texture sécuritaire pour le patient. Concernant les liquides, la posologie proposée par les thérapeutes de la déglutition est souvent suivie. Le problème reste le moyen de communication et le contenant. permet aux étudiants d'avoir des repères pour créer leurs recettes sans être trop "enfermant" chaque cas particulier sera adapté dans l'établissement encourage la collaboration avec le personnel qui distribue les repas ou donne à manger aux patients Car plusieurs rencontres ont été faites entre cuisiniers en diététique, diététiciennes, ergothérapeutes et logopédistes notamment pour goûter les différentes textures et adapter à nos besoins. les cuisiniers sont la plupart du temps compréhensifs de nos demandes spécifiques. Il existe un groupe spécifique à la déglutition qui travaille d'arrache-pied pour mettre à jour ces textures, uniformiser nos pratiques et discuter avec les différents intervenants. Le plus difficile est le retour des soignants (en terme de difficultés des patients, de compliance à la texture de l'"épaississement"). On s'adapte au besoin du patient même si nous n'avons pas de protocole précis. Les protocoles sont suffisamment clairs pour pouvoir travailler, cependant je note un manque de définitions précises communes au sein du personnel soignant. Choix multiples adaptés aux personnes âgées avec problème de mastication ou déglutition bon produit et facile à utiliser Adapté aux besoins des patients 2 groupes de travail ont produit des fiches technique et des formations - texture de repas ont été revues en début d'année dans un groupe de travail avec physio, ergo, diet, inf et valider par la cuisine - les demandes de boissons épaissies ne sont pas toujours suivies à l'étage. Ou les familles ne sont pas informées et donnent des boissons à leur proche. Règles définies précisément avec l'équipe de cuisine selon les besoins de l'institution et sont toujours suivies. toutes les textures correspondent très bien aux différentes pathologie de la clinique la variété , le gout , la couleur des mets à texture modifié ont été revisités il y a très peu de temps par notre équipe dans un soucis d'améliorer ce genre de prestations Couverture de tous les besoins de textures modifiées dont nous avons besoin selon les soins prodigués dans notre établissement. Les procédures sont validés par les soins en collaboration avec le service nutrition et la cuisine. Nous travaillons avons beaucoup de textures modifiées dans notre établissement et utilisons les bons épaississants. .Ex:feuilles de gélatine,agar agar,poudre épaississante, qui nous permette de présenter au mieux ces repas au patients. Qu'ils puissent prendre du plaisir à manger malgré leurs difficultés à s'alimenter. parce que les plats sont bien adaptés Car le choix est large et les différentes textures sont bien définies et protocolées choix ces texture et des goûts tres varies et assez proches des recettes traditionnelles Il y a une prise de conscience de tout les soignants en augmentation. Il y a une équipe pluridisciplinaire qui se penche sur la question pour uniformiser sur tous les sites du HFR. A force de répéter, les recommandations que l'évaluateur de la déglutition fait commencent à être adoptées à tous les niveaux La collaboration interdisciplinaire est bonne mais la cuisine n'est pas toujours optimum et néglige parfois les textures. plusieurs textures sont à notre disposition, permettant une évolution par étape dans la prise en charge des patients dysphagiques. Pour une bonne diversitee des mets autant en goûts, couleurs et

formes. Nous avons procédé à un travail de consensus et d'uniformisation entre diétés, cuisiniers en diét, thérapeutes de la déglutition (Logo -ergo) pour nos 7 sites. Très bonne collaboration avec logopédiste Infirmiers et assc sont attentifs et se préoccupent des textures modifiées, ne prennent pas cela à la légère Encore quelques lacunes, surtout pour la sauce et le lubrifiant... et quelques fois pour la consistance des boissons épaissies. Dans l'ensemble, je suis satisfaite. Liaison avec la diététicienne et ajustement avec les patients - J'ai participé à la mise en place du référentiel alimentation pour patients dysphagiques, en parallèle à l'élaboration d'un référentiel interdisciplinaire de prise en charge des patients adultes dysphagiques; ces 2 référentiels ont permis d'uniformiser nos pratiques sur 6 sites de l'Hôpital Neuchâtelois. - Avec recul, je trouve que les textures sécurisées (normal sécurisée, hâchée sécurisée et hâchée fin déglutition) en vigueur chez nous, sont tout à fait adaptées pour les patients dysphagiques et constituent également indirectement un rappel pour les soignants que le patient présente des troubles de la déglutition au moment de la distribution des repas, pour la mise en place d'éventuelles adaptations (épaississant aux liquides, comportements, manœuvres, surveillance, ...). Cependant, peut-être que les textures en-dessous de ces textures sécurisées (mixée déglutition, lisse déglutition et liquide déglutition) pourraient être les mêmes que pour les patients qui ont ces textures mais qui ne sont pas dysphagiques, moyennant quelques adaptations du référentiel normal. Les fiches techniques de texture modifiée nous permet de satisfaire les besoins nutritionnels de nos patients. consensus établi entre différents établissements du canton tant pour la dénomination des textures que de leur contenus. Fiche bien structure Recette bien équilibre Recette qui obtienne de bon résultat adaptation aux souhaits du patient. lorsque la diététicienne est présente, il y a une bonne adaptation avec les autres collaborateurs présents lors des repas et grâce à l'utilisation d'un document interdisciplinaire.

Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait-e ou pas du tout satisfait-e? (tous les professionnels)

Il est encore difficile de faire respecter les consignes par tout le personnel soignant entourant le patient. Oubli d'épaissir l'eau, aliments non indiqués donnés au patient par exemple. la texture LISSE rest encore trop solide... La cuisine, réalise des flans avec trop d'oeuf (pour qu'ils gardent une forme jolie dans l'assiette) ... la texture devrait fondre en bouche! Les cuisiniers ont bcp de difficulté à comprendre que lors de dysphagie ou troubles de la mastication importants, l'esthétique de l'assiette est secondaire... l'important est que le patient puisse manger... Il manque un protocole de prise en charge de la dysphagie. Les soignants manquent aussi de formation. Nous faisons selon les recommandations de la Heds et cela reste personne dépendante. De plus, nous sommes soumis à ce que fait chaque cuisinier. Manque de consensus. La présentation de la texture mixée dans l'assiette devrait être revue (manque de personnel) manque de directive et de temps Il serait souhaitable de standardiser les manières de préparer les repas à texture modifiée entre nos cuisiniers. Manque de précision au niveau de la terminologie, des différences existent entre les différentes zones de production. Floue artistique dans la prise en charge - Pas d'uniformisation des pratiques - aucun calcul nutritionnel - Pas assez de temps pour l'élaboration des textures modifiées (résultat gustatif non intéressant) Correspond pas forcément au régime prescrit Impossibilité d' adapter de façon très ciblée pour certains patients , malgré le travail interdisciplinaire (Diététiciennes- cuisine - logopédistes) limites d'une "grosse institution" hospitalière. Objectif réalisable dans une institution plus petite (CTR) si présence d'une telle équipe : diététiciennes + logopédistes La collaboration soins, physio, diet doit être renforcée Les cas de dysphagie ne sont pas toujours signalés Role de chacun pas bien défini Peu de documentation claires pour les cuisiniers. Absence de consensus pour la prise en charge des dysphagies Implication

limité des cuisiniers dans les textures modifiées. Nous sommes entrain de revoir la prise en charge globale des personnes souffrant de troubles de la déglutition. Pour l'instant, il n'existe, par exemple, pas de régime protégé 1) L'hétérogénéité (ou l'absence) de définitions communes génère des incompréhensions dans les demandes entre le service diététique et la cuisine. 2) L'absence de critères de fabrication culinaire débouche sur des résultats notablement différents d'un établissement à l'autre. il n'y pas de suivi entre les différents professionnels de santé Je souhaite la mise en place d'une texture intermédiaire entre la texture hachée (viande hachée et garniture normale) et la texture lisse. Car l'établissement ne sont pas dans les nouvelles normes de diététique car malgré les dysphagies aux liquides, les liquides ne sont pas toujours épaissis. parfois, les solides ne sont pas adaptés. il manque une texture de type couper entre le normal et le hâché fin pour les personnes nécessitant juste d'aide pour couper leurs aliments. Améliorer le gout et préparation de quelques une et plus cibler les personnes . Je pense que ce n'est ni clair, ni reproductible et je vous remercie pour votre travail. Pour les soignants (aides, infirmières) non plus ce n'est clair entre les textures (haché, mixé, lisse) ni comment utiliser les poudres épaississantes. Merci ! Manque de clarté dans la définition des textures, difficile de savoir quels aliments sont autorisés ou non et comment les préparer de la part des cuisiniers, informations contradictoires entre la formation des cuisiniers en diététique et la filière HEdS - diététique. Nous sommes passé de 8 textures modifiées à 5. A force d'uniformiser les procédures de textures modifiées, j'ai l'impression que le confort du patient n'est plus pris en compte Manque de position basée sur les preuves. Manque de réflexion scientifique autour de la question. on retrouve parfois des aliments déconseillés dans les textures normales dysphagies (ex. riz, aliments fibreux)

Lors de notre état des lieux, nous avons recensé 27 appellations différentes pour les textures modifiées et 5 degrés de viscosité différents pour les liquides épaissis sur les 14 protocoles récoltés auprès d'établissements de soins. (tous les professionnels jusqu'à la fin)

Quelle(s) problématique(s) voyez-vous au fait qu'il y ait 27 appellations différentes pour les textures modifiées? (plusieurs choix possibles)

aucune	10 3 %
problème lors de transfert de patient nécessitant une alimentation à textures modifiées du fait de la non-uniformité entre les établissements	111 35 %
langage non-commun qui peut créer des erreurs/confusions entre professionnels au sein du même établissement au niveau des textures modifiées et des liquides épaissis	122 38 %
risque de contradiction	64 20 %
Autre	10 3 %

Quel(s) avantage(s) voyez-vous au fait qu'il y ait 27 appellations différentes pour les textures modifiées? (plusieurs choix possibles)

large choix de textures modifiées	25	15 %
aucun	120	72 %
Autre	21	13 %

Langage commun entre les professionnels [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	2	1 %
plutôt pas d'accord	1	1 %
plutôt d'accord	25	16 %
tout à fait d'accord	130	82 %
sans avis	0	0 %

Favorise l'interdisciplinarité [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	3	2 %
plutôt pas d'accord	2	1 %
plutôt d'accord	55	35 %
tout à fait d'accord	92	58 %
sans avis	6	4 %

Cohérence entre les cours théoriques et la pratique [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	1	1 %
plutôt pas d'accord	3	2 %
plutôt d'accord	37	23 %
tout à fait d'accord	112	71 %
sans avis	5	3 %

Facilite les changements d'établissements pour le personnel soignant [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	3	2 %
--------------	---	-----

plutôt pas d'accord	5	3 %
plutôt d'accord	39	25 %
tout à fait d'accord	103	65 %
sans avis	8	5 %

Facilite le transfert d'un établissement à un autre pour les patients nécessitant une alimentation à texture modifiée [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	1	1 %
plutôt pas d'accord	4	3 %
plutôt d'accord	31	20 %
tout à fait d'accord	117	74 %
sans avis	5	3 %

Les critères de chaque texture modifiée avec les aliments autorisés et interdits seraient définis de façon plus précise [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	2	1 %
plutôt pas d'accord	5	3 %
plutôt d'accord	42	27 %
tout à fait d'accord	104	66 %
sans avis	5	3 %

Références communes entre les filières de formation [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	0	0 %
plutôt pas d'accord	4	3 %
plutôt d'accord	32	20 %
tout à fait d'accord	119	75 %
sans avis	3	2 %

Possibilité de se baser sur des références suisses romandes adaptées à nos pratiques [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	0	0 %
plutôt pas d'accord	1	1 %
plutôt d'accord	43	27 %
tout à fait d'accord	107	68 %
sans avis	7	4 %

Plus de sécurité pour le patient [Quels seraient les avantages d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	0	0 %
plutôt pas d'accord	6	4 %
plutôt d'accord	42	27 %
tout à fait d'accord	107	68 %
sans avis	3	2 %

Voyez-vous d'autre(s) avantage(s) à un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?

Limites des coûts de fabrication? plus clair pour les autres soignants (aide, inf, médecins)
Source fiable sur laquelle s'appuyer lorsqu'on souhaite mettre en place des améliorations dans les repas à texture modifiées. Permet de référencer les questions qui se posent régulièrement et auxquelles nous n'avons pas pensé lors de la mise en place d'un protocole d'alimentation à texture modifiées. non - Crédibilité face aux médecins sur l'importance d'une prise en charge efficace des dysphagies Les questions sont bien posées, la crédibilité de tous les professionnels qui tournent autour du patient avec dysphagie Amener tous les professionnels qui travaillent avec les textures ou les enseignent à mener une réflexion scientifique sur leur pratique. Donnera plus de "sérieux" aux discours des différents professionnels. Crédibilité augmentée Facilitation de sensibiliser les familles / la population générale. Possibilité de faire de la prévention par des brochures /livres de recettes pour les patients dysphagiques à domicile. Appropriation et reproduction facilitées pour le patient qui rentre à domicile et va devoir appliquer des consignes -cohérentes- Travail des cuisiniers plus efficient et mieux reconnu fluidité - gain de temps - rationalisation du travail auprès des équipes hôtelières - même langage juste s'accorder sur un épaississant à utiliser. RAS Equipes de cuisine devront

procéder aussi de la même manière, et il n'y aura plus de cuisinier refusant de faire telle ou telle préparation. Divergeances entre les cuisiniers s'estomperaient. Un protocole unique donnerai plus de poids à nos arguments. oui il y aurait plus de cohérence. Non il faut surtout être d'accord au sein de notre propre établissement et s'adapter à nos partenaires directs. nous avons les compétences métier pour nous adapter à un nouvel environnement et lors de transferts poser quelques questions ciblées pour offrir la qualité et la sécurité au patient. . si on uniformise, alors il ne faut pas se limiter à la suisse romande, mais aussi sur le plan national, voir international. ou au moins les pays francophones.

Uniformisation pas certaine car pas d'obligation d'utiliser le consensus [Quels seraient les inconvénients d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	18 11 %
plutôt pas d'accord	27 17 %
plutôt d'accord	74 47 %
tout à fait d'accord	30 19 %
sans avis	9 6 %

Nécessité de former le personnel à de nouvelles pratiques [Quels seraient les inconvénients d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	32 20 %
plutôt pas d'accord	36 23 %
plutôt d'accord	54 34 %
tout à fait d'accord	33 21 %
sans avis	3 2 %

Difficulté à remettre à jour les documents existants [Quels seraient les inconvénients d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

pas d'accord	39 25 %
plutôt pas d'accord	40 25 %
plutôt d'accord	42 27 %
tout à fait d'accord	30 19 %
sans avis	7 4 %

Pas adaptable à tous les établissements [Quels seraient les inconvénients d'un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?]

<u>pas d'accord</u>	<u>38 24 %</u>
<u>plutôt pas d'accord</u>	<u>43 27 %</u>
<u>plutôt d'accord</u>	<u>29 18 %</u>
<u>tout à fait d'accord</u>	<u>37 23 %</u>
<u>sans avis</u>	<u>11 7 %</u>

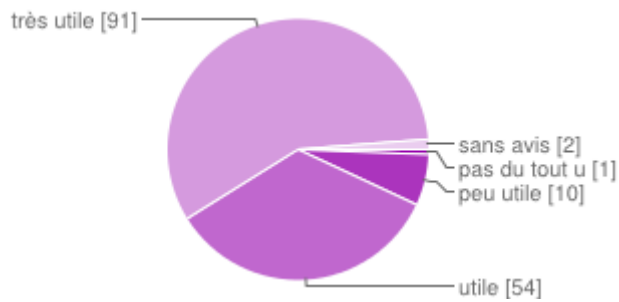
Voyez-vous d'autre(s) inconvénient(s) à un consensus sur les textures modifiées et les liquides épaissis en Suisse romande?

budget adhésion des médecins Tiens plus compte des individualités des patients et des établissements. L'harmonisation des pratiques n'est déjà pas évidentes d'un établissement à l'autre, ni d'un cuisinier à l'autre, malgré un référentiel de processus et de recette...Même en institution on encourage la prise d'initiative, la création... certaine recette sont adaptées en fonction des produits utilisés... ce qui laisse une marge de manoeuvre tout en respectant les critères des textures... Un surcoût dans l'application en temps de rédiger des procédures et de formation. L'application et l'adaptation aux petits établissements est toujours plus difficile pour pour les grands à cause de moyens plus faibles ou de manques de volonté. - charge de travail en cuisine diététique pas toujours bienvenue en vue des restriction budgétaires et réduction des équipes. Beaucoup de travail Beaucoup trop de personnes impliquées dans chaque établissement/profession = difficulté à trouver un consensus ou s'il est trouvé à le faire accepter par tous = risque qu'il ne soit pas accepté. Au sein d'un même établissement déjà compliqué de déterminer l'offre, la nomenclature etc. Qu'en sera t il à plus l'âge échelle? Que certains établissements perdent une marge de manoeuvre nécessaire pour ses patients. Je vois plutôt un risque de résistance des professionnels qui ont par exemple dans notre établissement fait un énorme travail pour revoir et uniformiser les textures et qui se verrait demander de rechanger encore leurs pratiques pour un bénéfice moindre. Je vois un risque de ne pas suffisamment utiliser le travail qui a été fait dans certains établissements et qui pourrait largement être valorisé. Je pense que ce travail doit être réutilisé si un consensus tente de se créer. ça demande beaucoup de travail. la mise à jour régulière pour tous ...gros bateau à faire évoluer. le pb ne réside pas uniquement dans la terminologie, mais est plus large en terme pluri : on doit apprendre à travailler en pluri Risque de tomber dans le marketing pour certaines grosses entreprises alimentaires (poudre épaississante de Nestlé, fraisubins, etc...). Il faut rester ouvert. Il sera en effet nécessaire de former les professionnels mais c'est à mon avis une opportunité plutôt qu'un inconvénient. En effet, chaque moment où l'on peut échanger en interdisciplinarité et remettre le patient et la qualité des soins au centre de nos discussion en se questionnant sur nos pratique est bon à prendre ! L'adaptation des thérapeutes qui évaluent la déglutition à un seul référentiel risque de ne pas être facile. Sur l'Hôpital Neuchâtelois, depuis 2010, nous avons un référentiel pour ces textures. Depuis, malgré l'uniformisation, chaque

thérapeute a des demandes différentes suite au développement des pratiques sur chaque site et en fonction des pathologies; des ajustements réguliers des pratiques sont à effectuer. risque de rigidité dans l'évolution des alimentations pour les patients formation nécessaire de tous les professionnels qui assurent l'alimentation des patients recevant une alimentation à texture modifiée Se ne sont pas des inconvénients mais plutôt une richesse de contribuer au bien être dw chaqu un des patients le risque d'une diminution de l'offre aux patients l'utilisation imposée de certain produits le refus du consensus dû à l'utilisation de certain produits Les directives rigides ne tiennent pas compte du traitement au cas par cas, elles concernent un être statistique, pas une vraie personne. Cela doit devenir une ligne cantonale voir suisse il n'y a pas d'inconvénient à un consensus. par contre, il y aura des difficultés à mettre en place dans certain établissement, certaines habitudes ont la vie dure. certains médecins, logo etc ont des idées bien précises (souvent suite à de l'expérience) Votre consensus ne serait pas une norme nationale obligatoire mais une recommandation émanant, non plus de pratiques empiriques mais d'une réelle démarche scientifique avec références. RAS Les questions sont bien posées, la difficultés et l'harmonisation entre les différents hôpitaux, avec des critères différents lié aux diététiciennes et Hergo etc..... Nécessite la collaboration des cuisiniers en diététique qui ne sont pas toujours ouverts à remettre leurs pratiques en cause. Modification des protocoles mis en place à tous les niveaux, de la fabrication à la consommation, dans chaque établissement. Je ne pense pas que les moyens soient identiques selon les établissements les besoins spécifiques à chaque établissement. Nous avons l'habitudes de travailler ces textures,pour certain se n'est pas le cas, peut-être qu'il faudrait proposer des courts. C'est toujours intéressant de partager avec d'autres professionnels pour voir ce qu'ils proposent dans leurs établissements,avoir de nouvelles idées. Perte de créativité des cuisiniers dans certains cas. les raccourcis Est-ce réaliste? Est-ce possible? un consensus doit etre fait et suivi, les établissement ont le devoir de se mettre a jour. cependant un consensus clair et precis sur les besoin et atente, tout en laisser libre court a l'imagination des professionnel Une des difficultés que nous avons rencontrés dans le multi-site est que les établissements n'ont pas tous la même chaîne (froide ou chaude) et certains aliments ne réagissent pas de la même manière. Par exemple, certaines textures lisses vont faire une croûte si elles sont dans une sorte de chaîne, ce qui ne conviendra plus alors qu'elle ne vont pas la faire dans l'autre chaîne. Désolée pour le manque de précision mais je me souviens que cela avait été relevé par les cuisiniers. De plus, chaque institution utilise des propres produits, ce qui veut dire que pour être très précis dans un référentiel, il va falloir uniformiser les produits. Par exemple, certains types de semoule peuvent être donnés pour des textures lisse-déglutition alors que d'autres non. Voir avec le matériel à disposition dans les institutions, toutes les institutions n'ont pas forcément un paco jet. Comment sont intégrés dans ce consenssus les collaborateurs d'horizons différents? pas de possibilités de faire des adaptations pour certains patients avec des demandes particulières Non Une fois la texture mise en place au début de la prise en charge, il sera plus difficile d'en changer en fonction du progrès du patient. Manque de flexibilité et on n'a plus à se poser de questions. moins de souplesse, d'adaptation au cas par cas Le dosage de la poudre épaississante est évaluée pour chaque patient, donc cela amène un ajustement spécialisé et personnalisé.

Après cette réflexion autour des textures modifiées et des liquides épaissis, trouveriez-vous utile d'avoir un consensus qui unifierait les pratiques des professionnels en Suisse romande?

pas du tout utile 1 1 %

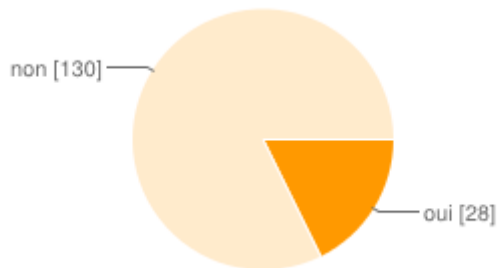


peu utile	10 6 %
utile	54 34 %
très utile	91 58 %
sans avis	2 1 %

De quelle manière imagineriez-vous créer ce consensus? (plusieurs réponses possibles)

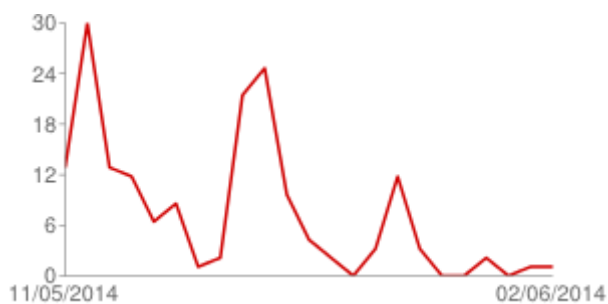
en partant d'une base vierge	43 18 %
en s'inspirant d'un consensus étranger existant	74 31 %
en reprenant un protocole déjà établi d'un établissement romand	95 40 %
Autre	26 11 %

Aviez-vous connaissance de consensus étrangers sur les textures modifiées et les liquides épaissis avant de remplir ce questionnaire?



oui 28	18 %
non 130	82 %

Nombre de réponses quotidiennes



Annexe XVI Réponses « autre » du questionnaire

Réponses « autres »

Professions (12)

1. chef de cuisine
2. étudiante diététicienne
3. chef de cuisine
4. IRUS
5. Médecin
6. Médecin
7. Infirmière
8. Infirmière
9. Médecin neurologue
10. Chef de cuisine
11. Chef de cuisine et cuisinier en diététique
12. Chef de cuisine et cuisinier en diététique

Lieux de travail des professionnels (6)

1. CUTR
2. Et EMS
3. 50% Hôpital Universitaire + 50% Clinique de réadaptation
4. Garderie
5. CUTR
6. HEdS + Entreprise

Cantons (3)

1. Valais-Vaud
2. Valais-Vaud
3. Berne

Méthodes d'épaississement des liquides (11)

1. Clinutren
2. Liant
3. Gélatine
4. eau gélifiée prête
5. thés gélifiés, coca gélifiés déjà prêts
6. eau gélifiée maison et industrielle
7. SNO épaissi stade 1 et 2
8. SNO Stade I & II
9. Confidentiel
10. Eaux gélifiées déjà existantes
11. Gélatine parfois

Définition du degré de viscosité des liquides (19)

1. selon logopédiste
2. adapté au patient
3. Selon avis des logopédistes
4. selon ordre de la logo
5. selon ordre de la LOGO

6. après évaluation individuelle
7. structure miel
8. selon recommandations thérapeute de la déglut
9. selon les logo
10. selon logopédiste
11. si logo intervient selon ses recommandations, sinon infirmier teste dose poudre à utiliser
12. épaissi 1, 2, 3
13. selon l'ergothérapeute ou la logopédiste
14. test à l'eau
15. selon les recommandations du thérapeute de la déglutition
16. déterminé selon le test de déglutition aux liquides
17. par les thérapeute de la déglutition si le patient est suivi, sinon au bon vouloir des infirmières
18. suite à l'évaluation de la déglutition par un thérapeute de la déglutition
19. selon évaluation de la déglutition réalisé par un ergothérapeute ou un physiothérapeute formé en troubles de la déglutition

Référence pour l'enseignement (1)

1. Références actualisées Filière Nut & Diet. et Cuisiniers en diététique

Autre problématiques de l'état des lieux (10)

1. c'est de toute façon qui requiert plusieurs appellations et adaptations en fonction du type de patients /type d'établissements
2. une harmonisation des appellations me paraît souhaitable
3. peut faire croire que l'adaptation est une chose très très compliquée
4. trop complexe pour la cuisine, les explications aux proches du patient et pour les nouveaux collaborateurs
5. entre diététiciens on confond déjà les termes. autant dire que les médecins ne comprennent rien de notre langage
6. chaque établissement a des besoins spécifiques et des textures qui en découlent. L'essentiel est qu'il y ait 1 langage commun dans le même établissement, ce qui est déjà difficile car chacun a sa représentation de ce qui est possible dans tel ou tel régime. D'autre part, les patients n'ont pas les mêmes capacités de mastication/déglutition et il faudrait presque faire du sur-mesure à chaque fois, ce qui est impossible. De plus, les textures sont aussi dépendantes des possibilités des services de restauration
7. ce problème n'existe pas chez nous, les appellations sont connus des différents acteurs hors sujet
8. Manque de crédibilité pour les professionnels
9. les aliments inclus dans chaque texture sont parfois différents entre les listes des cuisiniers en diététique et celles des diététiciens ce qui peut parfois poser problème si pas de protocole institutionnel bien établi.
10. nous, nous en avons 6 et heureusement pas 27

Autres avantages (21)

1. Tous les patients doivent avoir ce qui leur convient le mieux
2. adaptation au lieu, au patient, à l'évolution de l'alimentation
3. possibilité de personnaliser les demandes
4. Oblige à revoir le cas au lieu d'appliquer une texture sans réflexion

5. certaines appellations doivent vouloir dire la même chose donc sont à mon avis inutiles
6. risque d'erreur aggravé dans la compréhension et l'application
7. ce ne sont pas les appellations qui posent problème mais le contenu de chaque régime
8. adaptation peut être plus personnalisée
9. le fait qu'il y en ai 27 au niveau romand n'a aucune containte sur nous, nous utilisons rien que les notre. La question n'est pas vraiment claire pour moi
10. Confusion
11. Un large choix pqt aussi être générateur de confusion.
12. charge de travail trop importante
13. adaptation très précise
14. 27 termes est trop important, réduction avec des critères précis
15. mieux adaptées au cas par cas
16. Choix trop large
17. trop, nous risquons de ne plus rien y comprendre
18. Trop d'appellations il faut simplifier pour que l'on si retrouve.
19. On s'adapte au lieu et au patient
20. permet d'être plus fin dans le choix par rapport aux besoins du patient
21. L'adaptations des différentes textures utilisées à la population de l'établissement qui est différente entre un hôpital de soins aigus et un EMS par exemple et dont les besoins en termes de textures peut être différent.

Autres avantages au consensus (23)

1. – on compte pas
2. Travail des cuisiniers plus efficient et mieux reconnu
3. fluidité - gain de temps - rationalisation du travail auprès des équipes hôtelières - même langage
4. non
5. Facilitation de sensibiliser les familles / la population générale. Possibilité de faire de la prévention par des brochures /livres de recettes pour les patients dysphagiques à domicile.
6. la crédibilité de tous les professionnels qui tournent autour du patient avec dysphagie
7. –
8. –
9. Equipes de cuisine devront procéder aussi de la même manière, et il n'y aura plus de cuisinier refusant de faire telle ou telle préparartion. Divergeances entre les cuisiniers s'estomperaient. Un protocole unique donnerai plus de poids à nos arguments.
10. Crédibilité face aux médecins sur l'importance d'une prise en charge efficace des dysphagies
11. plus clair pour les autres soignants (aide, inf, médecins)
12. Les questions sont bien posées,
13. RAS
14. il faut surtout être d'accord au sein de notre propre établissement et s'adapter à nos partenaires directs. nous avons les compétences métier

pour nous adapter à un nouvel environnement et lors de transferts poser quelques questions ciblées pour offrir la qualité et la sécurité au patient. . si on uniformise, alors il ne faut pas se limiter à la suisse romande, mais aussi sur le plan national, voir international. ou au moins les pays francophones.

15. Limiter les coûts de fabrication?

16. Source fiable sur laquelle s'appuyer lorsqu'on souhaite mettre en place des améliorations dans les repas à texture modifiées. Permet de référencer les questions qui se posent régulièrement et auxquelles nous n'avons pas pensé lors de la mise en place d'un protocole d'alimentation à texture modifiées.

17. Crédibilité augmentée

18. Non

19. Ras

20. juste s accorder sur un epaississant a utiliser.

21. oui il y aurait plus de cohérence.

22. Appropriation et reproduction facilités pour le patient qui rentre à domicile et va devoir appliquer des consignes -cohérentes-

23. Amener tous les professionnels qui travaillent avec les textures ou les enseignent à mener une réflexion scientifique sur leur pratique. Donnera plus de "sérieux" aux discours des différents professionnels.

Autres inconvénients d'un consensus romand (40)

1. Se ne sont pas des inconvénients mais plutôt une richesse de contribuer au bien être dw chaqu un des patients

2. risque de rigidité dans l'évolution des alimentations pour les patients

3. Comment sont intégrés dans ce consenssus les collaborateurs d'horizons différents?

4. Le dosage de la poudre épaississante est évaluée pour chaque patient, donc cela amène un ajustement spécialisé et personnalisé.

5. Voir avec le matériel à disposition dans les institutions, toutes les institutions n'ont pas forcément un paco jet.

6. Perte de créativité des cuisiniers dans certains cas.

7. Beaucoup de travail

8. adhésion des medecins budget

9. Risque de tomber dans le marketting pour certaines grosses entreprises alimentaires (poudre épaississante de Nestlé, fraisubins, etc...). Il faut rester ouvert.

10. L'harmonisation des pratiques n'est déjà pas evidentes d'un etablissement a l'autre, ni d'un cuisinier a l'autre, malgré un referentiel de processus et de recette...Même en institution on encourage la prise d'initiative, la création... certaine recette sont adaptées en fonction des produits utilisés... ce qui laisse une marge de manoeuvre tout en respectant les critères des textures...

11. Nécessite la collaboration des cuisiniers en diététique qui ne sont pas toujours ouverts à remettre leurs pratiques en cause.

12. il n'y a pas d'inconvénient à un consensus. par contre, il y aura des difficultés à mettre en place dans certain établissement, certaines habitudes ont la vie dure. certains medecins, logo etc ont des idées bien précises (souvent suite à de l'expérience)

13. –

14. –
15. Les directives rigides ne tiennent pas compte du traitement au cas par cas, elles concernent un être statistique, pas une vraie personne.
16. Modification des protocoles mis en place à tous les niveaux, de la fabrication à la consommation, dans chaque établissement.
17. Tiens plus compte des individualités des patients et des établissements.
18. Est-ce réaliste? Est-ce possible?
19. charge de travail en cuisine diététique pas toujours bienvenue en vue des restriction budgétaires et réduction des équipes.
20. les besoins spécifiques à chaque établissement.
21. le risque d'une diminution de l'offre aux patients l'utilisation imposée de certain produits le refus du consensus dû à l'utilisation de certain produits
22. un consensus doit être fait et suivi, les établissements ont le devoir de se mettre à jour.
23. Cela doit devenir une ligne cantonale voir suisse
24. RAS
25. pas de possibilités de faire des adaptations pour certains patients avec des demandes particulières
26. la mise à jour régulière pour tous ...gros bateau à faire évoluer. le pb ne réside pas uniquement dans la terminologie, mais est plus large en terme pluri : on doit apprendre à travailler en pluri
27. Un surcoût dans l'application en temps de rédiger des procédures et de formation.
28. Non
29. les raccourcis incompréhensible
30. non
31. Votre consensus ne serait pas une norme nationale obligatoire mais une recommandation émanant, non plus de pratiques empiriques mais d'une réelle démarche
32. ça demande beaucoup de travail.
33. Nous avons l'habitudes de travailler ces textures, pour certain se n'est pas le cas, peut-être qu'il faudrait proposer des courts. C'est toujours intéressant de partager avec d'autres professionnels pour voir ce qu'ils proposent dans leurs établissements, avoir de nouvelles idées.
34. Une fois la texture mise en place au début de la prise en charge, il sera plus difficile d'en changer en fonction du progrès du patient. Manque de flexibilité et on n'a plus à se poser de questions.
35. moins de souplesse, d'adaptation au cas par cas
36. Il sera en effet nécessaire de former les professionnels mais c'est à mon avis une opportunité plutôt qu'un inconvénient. En effet, chaque moment où l'on peut échanger en interdisciplinarité et remettre le patient et la qualité des soins au centre de nos discussion en se questionnant sur nos pratique est bon à prendre !
37. Une des difficultés que nous avons rencontrés dans le multi-site est que les établissements n'ont pas tous la même chaîne (froide ou chaude) et certains aliments ne réagissent pas de la même manière. Par exemple, certaines textures lisses vont faire une croûte si elles sont dans une sorte de chaîne, ce qui ne conviendra plus alors qu'elle ne vont pas la faire dans

l'autre chaîne. Désolée pour le manque de précision mais je me souviens que cela avait été relevé par les cuisiniers.

38. De plus, chaque institution utilise des propres produits, ce qui veut dire que pour être très précis dans un référentiel, il va falloir uniformiser les produits. Par exemple, certains types de semoule peuvent être donnés pour des textures lisse-déglutition alors que d'autres non.
39. L'adaptation des thérapeutes qui évaluent la déglutition à un seul référentiel risque de ne pas être facile. Sur l'Hôpital Neuchâtelois, depuis 2010, nous avons un référentiel pour ces textures. Depuis, malgré l'uniformisation, chaque thérapeute a des demandes différentes suite au développement des pratiques sur chaque site et en fonction des pathologies; des ajustements réguliers des pratiques sont à effectuer
40. Que certains établissements perdent une marge de manoeuvre nécessaire pour ses patients.

Réalisation du consensus autre (26)

1. en s'inspirant de ce qui est enseigné
2. en prenant en compte la TIDN
3. revoir ce qui existe déjà et qui fonctionne bien chez nous et procéder à des choix interdisciplinaires pour les définitions des appellations.
4. Canada évent.
5. espace collaboratif sur internet
6. on se base déjà sur les critères de l'école de cuisinier en diététique de Genève
7. confrontation des pratiques déjà actuelles et définition précise des besoins
8. en partant de plusieurs consensus existant et ayant fait leur preuve (EBM)
9. voir écoles diet
10. en évaluant la satisfaction/ qualités des protocoles déjà établis en Suisse romande
11. ?
12. en réunissant les différentes appellations et pratiques, en les confrontant, puis en les réunissant
13. Gt de travail représentatif des divers établissements
14. en partant des textures communes déjà recensées
15. Synthèse regroupant les pratiques correctes existantes.
16. groupe de travail
17. Mélange de plusieurs hôpitaux
18. en se mettant tous autour d'une table
19. en prenant les meilleurs résultats obtenus
20. mélange des 3 mais surtout regroupant tous les professionnels
21. en créant un "comité" de discussion regroupant des professionnels de plusieurs établissements (hôpitaux, cliniques, EMS)
22. visite d'autre établissement échange de donner pour trouver le meilleur compromis de chaque texture modifier.
23. groupe de travail représentatif du point de vue des spécialistes et des institutions
24. Ref aux diets
25. en faisant une synthèse de ce qu'il existe au niveau romand

26. En mettant autour de la table des acteurs (diététiciens, ergo, physio, logo, cuisiniers en diététique) de différents types d'établissements romands. Ce qui est un travail colossal mais qui me semble la seule manière d'obtenir un réel consensus et ensuite un appui des professionnels.